

Programa de Prevención de Desgaste por Empatía en Profesionales Sanitarios  
de una Unidad de Diálisis de Hospital

Juana María Cáceres Gutiérrez

Tutora Académica: María Izal Fernández de Trocóniz

Máster en Psicología General Sanitaria

Facultad de Psicología

Universidad Autónoma de Madrid

2016-2018

## Índice

Resumen.....	III
Abstract .....	IV
1. Justificación de la propuesta del programa de prevención .....	6
2. Antecedentes y estado actual del problema .....	9
2.1. Diferencias y similitudes conceptuales.....	14
2.2. Programas de prevención e intervención .....	15
3. Método .....	24
3.1. Objetivos .....	24
3.2. Participantes .....	25
3.3. Diseño .....	26
3.4. Variables e instrumentos.....	26
3.5. Procedimiento .....	29
4. Programa de Prevención .....	31
4.1. Objetivos .....	31
4.2. Módulos .....	32
4.3. Recursos necesarios .....	35
4.4. Cronograma.....	36
5. Resultados esperados .....	37
6. Discusión.....	38
7. Referencias bibliográficas.....	44
8. Anexos .....	50

## Resumen

El desgaste por empatía es un concepto relativamente reciente y en evolución que ha captado el interés de los profesionales sanitarios debido a que el trabajo en el ámbito de la salud implica un coste emocional que repercute en la misma salud del trabajador y en su labor profesional. Según la literatura revisada, los programas en prevención en todos los niveles de este tipo de estrés son escasos, por lo tanto, el objetivo de este trabajo es proponer un programa de prevención del desgaste por empatía en profesionales sanitarios de una unidad de diálisis de hospital. La idea surgió de la necesidad manifiesta por la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS), hacia la Unidad de Salud Mental del mismo Hospital y de la confianza depositada en la investigación académica, relacionada con la dificultad en el afrontamiento a la muerte de pacientes de la Unidad, por parte del personal asistencial. El propósito es entonces entrenar a los profesionales en estrategias de regulación emocional del desgaste por empatía, con el fin de disminuir los niveles de este tipo de estrés y prevenir su futura aparición, por medio del desarrollo de 6 módulos, que se llevarán a cabo a través de diferentes ciclos y que puede tener continuidad a través de una modalidad de Formación Continuada. Se ha diseñado una evaluación estandarizada con el fin de medir la presunta efectividad del programa para prevenir el desgaste por empatía. Se realiza una valoración sobre los resultados esperados, las conclusiones del diseño de la propuesta del programa, así como de sus limitaciones y sobre futuras líneas de investigación.

*Palabras clave:* desgaste por empatía, fatiga por compasión, estrés traumático secundario, afrontamiento a la muerte, prevención secundaria, profesionales sanitarios.

Grado de participación: revisión bibliográfica, evaluación de necesidades, diseño de la propuesta del programa de prevención, consideraciones sobre los resultados esperados.

### **Abstract**

The compassion fatigue is a relatively recent and evolving concept that has captured the interest of health professionals because working in health implies an emotional cost that affects the health and the worker performance. According to the revised literature, prevention programs at all levels of this kind of stress are scarce, therefore, the objective of this work is to propose a program of prevention of compassion fatigue in healthcare professionals of a dialysis unit of a hospital. The idea came up from the necessity exposed by the Dialysis Unit of the Hospital Universitario Infanta Sofia (HUIS), towards the Mental Health Unit of the same Hospital and from the confidence placed in the academic research, related to the difficulty of facing death of patients of the unit, by the assistance personnel. The purpose is then to train professionals in strategies of emotional regulation of compassion fatigue, in order to reduce the levels of this type of stress and prevent its future emergence, through the development of 6 modules, which will be carried out through different cycles and that can have continuity through a continuous training modality. A standardized assessment has been designed to measure the presumed effectiveness of the program to prevent the compassion fatigue. An assessment is made of the expected results, the conclusions of the design of the program proposal, as well as its limitations and future lines of research.

*Keywords:* compassion fatigue, secondary traumatic stress, coping towards death, secondary prevention, healthcare professionals.

La muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural, inherente a la condición humana; como refieren Gala et al. (2002): “es de todas las certezas, la más absoluta” (p. 40), y a pesar de ello es uno de los acontecimientos que mayor impacto emocional genera tanto en la gente del común como en los profesionales de la salud, quienes a diario deben enfrentarse a numerosas situaciones en las que la muerte puede ocurrir incluso de forma inesperada (Maza, Zavala y Merino, 2008). Y es que una de las situaciones que produce más angustia, desconcierto y evitación de la situación, es la relación con el paciente moribundo (Alfonso, Martín y Buisan, 1982).

Uno de los desafíos a lo largo de los años, ha sido romper con el tabú que se ha construido alrededor de la muerte y plantear el tema sin prejuicios (Alfonso et al., 1982).

Filósofos como Epicuro, citado en Ramos (2017), referían que “el miedo a la muerte implica el no haber asumido que somos mortales” (p.14). A partir de las primeras reflexiones de Heidegger, la psicología existencialista considera que “la muerte será lo único que podamos esperar con total certeza” (Ramos, 2017, p.15), y a pesar de ello, “la única forma de una vivencia auténtica es manteniendo una plena conciencia de muerte” (Grau et al., 2008, p.35). De hecho, Yalom (1984), citado en Grau et al. (2008), decía que el concientizar la idea de la muerte y el involucrarla dentro del propio sentido de vida, puede ayudar a fomentar el desarrollo personal y la madurez respecto a la muerte y lo que trae consigo (la pérdida, el duelo, la aceptación, la resiliencia, etc.). Al respecto Fonnegra (1988), citado en Grau et al. (2008), nos recuerda que “morir es saber perder” (p.34).

En comparación con siglos atrás, en los que la muerte era vivenciada de forma más “doméstica” y natural, en la actualidad la muerte tiene un fuerte y sofisticado componente bio-tecnológico que alarga o acorta la vida de la persona, lo que ha hecho que el fin de la vida sea más percibido como un mecanismo que debe estar bajo control, y no como algo natural, humano, y así mismo impredecible, sobre todo en personal que trabaja en cuidados paliativos y/o con pacientes moribundos (Acinas, 2012; Ramos, 2017).

La muerte no solo es un proceso biológico, sino también psicosocial y cultural, por lo tanto, a pesar de que sea una experiencia universal, cada individuo la concibe subjetivamente, de acuerdo a su propio contexto social, a su historia de vida y a su propio sistema filosófico de creencias (Grau et al., 2008).

Socialmente, sobre todo en la cultura occidental, existe una negación social de la muerte que se traslada al ámbito médico ya que la medicina tradicional se ha centrado básicamente en eliminar la enfermedad y todas las causas posibles de muerte, a partir de la idea de que ésta es en teoría

evitable, y que cuando se presenta, se vive como un fracaso profesional, y su carga de discomfort, como un indicio psicopatológico. A lo largo de la historia, el hospital se ha convertido en el espacio institucional principal de la cultura occidental, en el que se acoge el proceso de morir sin embargo, paradójicamente, en la gran mayoría de instituciones no existen sistemas de apoyo a los profesionales que enfrentan día a día la muerte, y es común recibir solicitudes y sugerencias sobre estrategias docentes y asistenciales mediante algún tipo de consejería, apoyo psicológico, cursos, seminarios o talleres respecto al tema (Gala et al, 2002; Maza et al., 2008; Sansó et al., 2015).

### **1. Justificación de la propuesta del programa de prevención**

Con base en lo anterior la labor con los profesionales de la salud que trabajan con enfermos graves o terminales estaría encaminada a que sean capaces de ir más allá de la realidad apremiante e inmediata que les hace sufrir, sintiéndose impotentes y con sus recursos personales y psicosociales agotados, sin conferir a la naturalidad del morir, esa trágica relevancia que se le suele dar (Grau et al., 2008).

Según Pincus, 1989, citado en Grau et al., 2008, “la educación para la muerte es la educación para la vida” (p.35). Y es que, si no se aprende a enfrentar las pérdidas durante la vida, cualquier proceso de morir será más doloroso (Grau et al., 2008).

Se supone que el profesional de la salud es el profesional más educado por, para y contra la muerte, sin embargo, ante la realidad laboral, lo anterior se transforma en una mera quimera reforzada por la academia (Grau et al., 2008).

Por más profesional que se sea, generalmente nunca se está preparado para la muerte y es importante humanizar y desmitificar el trabajo de los profesionales de la salud. Ayudar a los enfermos a morir en paz se reconoce como una tarea ante todo humana y digna de elogio, pero permanece como una labor médica de menor categoría que vencer a la muerte (Grau et al., 2008).

En las profesiones en donde se presta un servicio de ayuda a terceras personas se exige mayor exigencia respecto de sí mismo y, por lo tanto, representa una fuente de mayor vulnerabilidad al estrés. Específicamente la profesión de enfermería se considera una de las ocupaciones con más alta prevalencia de trastornos psicológicos relacionados con el estrés (Hernández, 2017; Mesa de la Torre et. al, 2005).

Y es que en los hospitales prevalecen una serie de características que hacen especialmente

vulnerables a este tipo de profesionales para la aparición del estrés, que son (Mesa de la Torre et. al, 2005):

1. La continuidad: el personal de enfermería es el que está más cerca y más continuamente con el paciente
2. La contingencia o la necesidad de resolver problemas que surgen de forma imprevista (agravamiento o muerte de pacientes, accidentes, entre otros)
3. La alta emotividad, ya que el personal de enfermería trabaja permanentemente frente al dolor y la muerte, lo cual crea un clima de gran estrés emocional

Además, la actividad asistencial es siempre cambiante. Esta situación de falta de control y actuación sobre la marcha de su trabajo está íntimamente vinculada con la experiencia de estrés (Mesa de la Torre et. al, 2005).

Carbelo y Jáuregui (2006), corroboran que los profesionales sanitarios se definen como trabajadores altamente estresados.

Diversos estudios han demostrado que el 25-30 % de los profesionales de la salud, especialmente los profesionales de enfermería, desarrollan síntomas de agotamiento como consecuencia de su actividad clínica desarrollada en entornos considerados particularmente exigentes, sin embargo, hay pocos datos disponibles sobre las tasas de agotamiento en los profesionales sanitarios de diálisis. Resulta sorprendente, especialmente a la luz de la carga profesional que soportan diariamente estos profesionales, que habitualmente enfrentan una enfermedad crónica a largo plazo, como la insuficiencia renal en etapa terminal, sobre todo en población anciana en crecimiento con demandas frecuentes, incumplimientos y un mal pronóstico, que a menudo requieren grandes esfuerzos físicos y lo más probable es que puedan morir en la unidad. Además, estos profesionales pasan largas horas en un entorno de trabajo de alto contenido técnico, relacionado con la máquina (Klersy et al., 2007).

Todo lo anterior puede conducir a desmotivación, deterioro de las relaciones con los pacientes y con los colegas, deshumanización de la práctica profesional, pérdida de bienestar psicológico y, en consecuencia, de la calidad de la atención en salud (Klersy et al., 2007).

Con relación a lo anterior, la OMS (2000), citada en Montero (2014), refiere que:

un sistema de entrega de servicios de salud efectivo y funcional es uno de los muchos factores que determinan la salud de la población. Como tal, promover condiciones seguras y saludables para todos los proveedores de la salud es una importante estrategia para mejorar la salud de la población. (p.16)

La mejoría de los síntomas del agotamiento puede conducir a mejoría en salud mental y por lo tanto a profesionales más productivos, lo que en última instancia repercute en una mejor salud para los pacientes (Acinas, 2012; Klersy et al., 2007).

El ser conscientes de esta situación y necesidad en los centros que se dedican al cuidado de los pacientes, como en el ámbito hospitalario, puede ayudar a prevenir efectos negativos en la vida no solo laboral, sino también personal de los profesionales sanitarios y ayudar a prevenir bajas laborales e incluso enfermedades crónicas desencadenadas por el mal manejo del estrés (Yoder, 2010).

La necesidad de proveer a las unidades de enfermos crónicos, como la de los ERC (Enfermedad Renal Crónica), de apoyo en regulación emocional y en una cultura del “cuidarse para cuidar”, en particular en lo que se refiere al manejo apropiado del estrés por el riesgo que este factor implica para el posible desarrollo de síndrome de *burnout*, entre otros tipos de estrés, dependerá de las oportunidades de capacitación en recursos personales, que repercutirá a su vez, en una mayor eficiencia profesional (Campos, Cardona y Cuartero, 2017; Rojas, Tirado, Pacheco, Escamilla y López, 2011; Peters, 2018). La profesión de enfermería exige entonces estar preparados técnica-científica y psicológicamente de forma continua, para dar la respuesta adecuada en el momento preciso (Mesa de la Torre et. al, 2005).

En la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes, Madrid (España), se viene presentando una situación que, según los responsables del servicio de Nefrología, ocurre hace aproximadamente un (1) año (desde septiembre del 2017), en la que se ha presentado el fallecimiento del 25% de pacientes de la Unidad, no añosos y de los cuales no esperaban su muerte (comunicación personal, 20 de marzo, 2018).

La Unidad recibe una cantidad de 40 pacientes en hemodiálisis, en promedio, en su mayoría añosos, cuya edad media es de 75 años; la gran mayoría no cuenta con acompañamiento familiar dentro del hospital y junto a su ERC presentan otras comorbilidades (comunicación personal, 6 de abril, 2018).



Los responsables de la Unidad refieren que como consecuencia de este acontecimiento han percibido a su equipo de trabajo “hundido”, con síntomas de llanto fácil y sentimientos de culpa; temen también por consecuencias a nivel laboral como posibles rotaciones y/o división de servicios y son conscientes de que el personal de enfermería generalmente mantiene una convivencia estrecha y una relación terapéutica significativa con los pacientes de la Unidad (los pacientes están cuatro (4) horas en diálisis, cuatro (4) días a la semana). En la sala de crónicos cada enfermera se encarga de cuatro (4) pacientes y rotan cada dos (2) meses. En la sala de agudos (pacientes ingresados), llevan dos (2) pacientes por enfermera y también rotan cada dos (2) meses. Por lo tanto, consideran que urge una adecuada gestión de emociones y en general, una guía encaminada hacia el “cuidarse para cuidar”, con el fin de prevenir este tipo de situaciones en el futuro (comunicación personal, 20 de marzo y 6 de abril, 2018).

Esta situación dio pie a proponer un programa de prevención de este tipo de reacción en profesionales sanitarios de una unidad de diálisis de hospital. En un principio se pensó en posibles síntomas de *burnout*, sin embargo como se explicará más adelante, esta primera hipótesis fue descartada, ya que no se trataba de un tema de acumulación laboral ni de deshumanización ante el sufrimiento, sino de un acontecimiento repentino e inesperado que se asociaba más a un concepto psicológico más reciente pero que también está relacionado con reacción a estrés laboral, específicamente en el sector sanitario y una característica específica de estos profesionales, derivado del sentir compasión por quien se cuida y el coste que esto implica: el desgaste por empatía.

## **2. Antecedentes y estado actual del problema**

El término de desgaste por empatía es un concepto relativamente reciente y en evolución, ya que en los últimos años ha crecido el interés por las consecuencias que se pueden desencadenar por cuidar del dolor y del trauma de terceros (Acinas, 2012; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez, 2004a).

El término precisamente nació dentro del campo de la enfermería (Moreno-Jiménez et al., 2004a), y lo utilizó por primera vez Joinson (1992), en una revista de enfermería norteamericana como resultado de analizar las respuestas posteriores de un grupo de enfermeras ante el cuidado de sus pacientes. El psicólogo Charles Figley primeramente lo denominó "una forma de *burnout*,

una especie de victimización secundaria” (Figley, 1983, citado en Cazabat, 2002, p.2), luego como el “conjunto de aquellas emociones y conductas resultantes de entrar con un evento traumático experimentado por otro” (Moreno-Jiménez et al., 2004a, p.217). Finalmente, en 1995 acuñó el término *compassion fatigue*, que se ha traducido como desgaste por empatía (Figley, 2000, citado en Cazabat, 2002), y que se ha utilizado para definir el estrés traumático sufrido por profesionales que se enfrentan a cualquier fuente de estrés relacionado con la ayuda hacia los demás, o como el mismo Figley lo definía: “el coste de cuidar” (Figley, 1995).

Los síntomas derivan de la exposición a un acontecimiento traumatizante, o a una serie de ellos y puede aparecer súbitamente y sin aviso, dentro de una línea temporoespacial que puede ser diferente a la del estrés postraumático (Cazabat, 2002; Moreno-Jiménez et al., 2004a). Es una respuesta natural y universal al trauma de un sobreviviente o incluso su propia muerte, con el que los profesionales (paradójicamente los más efectivos pero que comienzan a verse a sí mismos como salvadores), pueden identificarse y empatizar y por eso Figley (1995), prefirió llamarlo fatiga de la compasión, viéndolo como un riesgo laboral para los profesionales, explicando que este término genera menos estigma, entendiendo el concepto como una depleción de energía con posterioridad a proporcionar apoyo continuo a una víctima o un paciente crónicamente afectado (Acinas, 2012; Beck, 2011; Figley, 1995, citado en Jenkins y Baird, 2002; Moreno-Jiménez, Carmona-Cobo, Blanco y Meda, 2013).

Su teoría se basa en la del Trastorno de Estrés post Traumático (TEPT), que se incluyó por primera vez en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - III* en 1980 (American Psychiatric Association, 1980) (Beck, 2011).

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª edición, American Psychiatric Association, 2013), un individuo sufre de Trastorno de Estrés Post Traumático, independientemente del origen, si es directo o indirecto, si:

ha experimentado, ha presenciado o se ha enterado de acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, (...) y la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos y como resultado de ello experimenta además tres clases de síntomas. (p.271)

Éstos son:

1. Experimentar nuevamente el hecho traumático
2. Evitación y embotamiento psíquico
3. Hiperactivación (hiperarousal)

Según Figley (1999) los efectos perjudiciales de la exposición secundaria a un estresante traumático extremo son esencialmente los mismos que los experimentados por las personas que tuvieron la exposición primaria a él.

Figley (1995) agrupa los síntomas en cinco categorías: física, emocional, conductual, relacionada con el trabajo e interpersonal. Otros autores los clasifican en niveles cognitivo, emocional, motor y somático (Acinas, 2012; Beck, 2011; Cazabat, 2002; Cocker y Joss, 2016; Montero, 2014, Moreno-Jiménez et al., 2004a; Moreno-Jiménez et al., 2013; Nolte, Downing, Temane y Hastings-Tolsma, 2017; Sorenson, Bolick, Wright y Hamilton, 2016), y se resumen en los siguientes:

- Reexperimentación
- Evitación y embotamiento psíquico y emocional (pensamientos intrusivos, pesadillas)
- Aumento del arousal negativo
- Reacciones psicósomáticas
- Síntomas de depresión
- Formas de manejo de la ansiedad inefectivas o autodestructivas (por ejemplo: irritabilidad, conductas compulsivas)
- Baja tolerancia a la frustración
- Estado de indefensión
- Sentimientos de culpa, que pueden desencadenar en ideación y riesgo suicida
- Reducción de la competencia para establecer relaciones empáticas con los pacientes
- Rechazo a trabajar con determinado tipo de consultantes
- Disminución de la atención y reducción de la concentración
- Dificultad en separar el trabajo de la vida personal
- Disminución de los sentimientos de competencia laboral y de calidad de la atención a los

pacientes

- Dificultad en la capacidad para tomar decisiones
- Disminución del sentido del propósito profesional
- Disminución de la capacidad de disfrutar del trabajo (anhedonia)
- Absentismo e incluso abandono laboral y aumento del riesgo de padecer *burnout*
- Disminución en el funcionamiento en situaciones de la vida personal
- Desorganización en las relaciones interpersonales
- Sentimiento de desesperanza
- Alteración en cinco áreas clave que representan las principales necesidades psicológicas relevantes para el trauma: confianza, seguridad, control, estima e intimidad
- Sensación de impotencia, confusión y aislamiento

Teniendo en cuenta lo anterior, los profesionales sanitarios están continuamente expuestos a presenciar o enterarse de tales acontecimientos y a acogerlos y asumirlos con completa naturalidad mediante una actuación ya sea forzada o por vocación, que implica un uso de energía humana adicional, para empatizar con el sufrimiento del que sufre (Cazabat, 2002).

Así, desde la psicología, se ha desarrollado el concepto de trabajo emocional, relacionado con el concepto de regulación emocional, pero dentro del ámbito de las organizaciones, y se define como el esfuerzo que realizan los individuos por manejar emociones socialmente aceptadas dentro de un contexto específico que requiera interacción, lo que hace que conlleve a que el trabajador no exprese auténticamente sus emociones y por lo tanto actúe de una manera que podría conllevar a un desgaste emocional (Hochschild, 1983, citado en Rodríguez-Carvajal y Quiñones, 2013).

El personal sanitario refiere, por ejemplo, que establecer una comunicación fluida con el paciente de cuidados paliativos y su familia es difícil, y lo anterior supone una puesta en marcha de estrategias que implican un coste psicológico extra que puede alterar su estabilidad emocional (Acinas, 2012). Precisamente por esa razón el servicio de enfermería, específicamente, es el más vulnerable a sufrir de desgaste por empatía, ya que paradójicamente es la empatía una de las herramientas principales de trabajo del personal que trabaja con el sufrimiento humano, y a su vez, es precisamente esa capacidad empática un factor de vulnerabilidad en el que las demandas interpersonales son un factor estresante y la angustia psicológica resultante es supremamente alta. Sin embargo no todos los profesionales son susceptibles de presentar síntomas de desgaste por

empatía; lo anterior también dependerá de diversas variables personales y contextuales y factores de riesgo, que según la literatura y diversos estudios al respecto se resumen en: traumas no resueltos y/o un historial significativo de historias de traumas laborales, la naturaleza, la severidad y el grado de exposición del y ante el evento traumático, la población a la que se atiende, el tipo de enfermedad y el tipo de relación con el paciente previo al trauma, el tipo de locus de control y la evaluación que se haga de la amenaza percibida, rasgos particulares de personalidad, el funcionamiento psicológico previo y la capacidad de organización, estrategias de afrontamiento y de resiliencia, la experiencia laboral, otros factores ambientales (redes de apoyo social), y variables sociodemográficas (género, edad, estado civil, etnia y el estatus educacional-socio-económico) (Acinas, 2012; Beck, 2011; Cazabat, 2002; Figley, 1995; González, Sánchez y Peña, 2018; Hernández, 2017; Hunsaker, Chen, Maughan y Heaston, 2015; Jenkins y Baird, 2002; Kelly, Runge y Spencer, 2015; Montero, 2014; Moreno-Jiménez et al., 2004a; O'Mahony, Ziadni, Hoerger, Levine, Baron y Gerhart, 2017; Peral, 2017; Sansó et al., 2015; Yoder, 2010).

En un ambiente hospitalario es fácil encontrar niveles altos de estrés y los síntomas característicos del desgaste por empatía, ya que se trata de un clima laboral en el que no solo se tienen que tomar decisiones instantáneas, sino que el sufrimiento, el dolor, el trauma e incluso la vida de los pacientes depende de dicha toma de decisiones. Por eso, cuando las cosas no salen bien o como se habían planeado, es probable que el personal sanitario experimente síntomas como los expuestos anteriormente (Moreno-Jiménez et al., 2004a).

A partir de lo anterior se ha considerado como un imperativo ético, la cultura del autocuidado dentro de las instituciones sanitarias (Moreno-Jiménez et al., 2013).

Como refieren García-Llana y Rodríguez-Rey (2017):

la compasión se caracteriza por sentimientos de calidez, preocupación y cuidado por el otro, así como por una fuerte motivación de querer mejorar el bienestar de la otra persona (...), “organizar” la mente y hacer que ésta funcione en una determinada dirección que es la de procurar que los seres vivos estén libres de sufrimiento y de las causas de su sufrimiento. (p.124)

Una de las consecuencias de la compasión es su repercusión positiva en el estado de ánimo del profesional, generando alegría, satisfacción y bienestar. Aceptar incondicionalmente al paciente y sus momentos más “oscuros” (como el final de la vida), puede ser un trabajo tremendamente

gratificante, pero puede tener un coste emocional (García-Llana y Rodríguez-Rey, 2017). Se produce entonces, una paradoja en la atención sanitaria: el profesional de salud sufre daño personal y daños en la eficacia profesional, en la misma medida que éste sana a los pacientes (González, Sánchez y Peña, 2018; Montero, 2014).

La empatía por el paciente al que se le brinda apoyo puede traer entonces tanto riesgos como beneficios y en cuanto a éstos últimos, desde un punto de vista positivo, este apoyo incondicional es una excelente oportunidad para sacar a relucir los propios recursos del profesional y de dicha forma la fatiga por compasión se puede transformar en satisfacción de compasión, que se define como la satisfacción de trabajar ayudando a los demás, percibiéndola como un desafío y no como una amenaza (Acinas, 2012; García-Llana y Rodríguez-Rey, 2017; Hernández, 2017; Hunsaker et al. (2015); Kuiper, 2012; Ledoux, 2015).

El estar constantemente expuesto a la muerte, paradójicamente puede favorecer en el profesional un mayor aprecio por la vida, por el auténtico sentido de ésta, y por sus relaciones con otras personas. De esta forma el estrés traumático secundario puede transformarse en crecimiento postraumático (García-Llana y Rodríguez-Rey, 2017).

**2.1. Diferencias y similitudes conceptuales.** La investigación sobre el desgaste por empatía se ha visto obstaculizada por la falta de claridad conceptual (Ledoux, 2015; Sorenson et al., 2016). El uso de terminología diferente a veces para referirse al mismo concepto contribuye a esta confusión. Los conceptos estrechamente relacionados, como el de estrés traumático secundario, traumatización vicaria y el de *burnout* deben diferenciarse (Deville, Wright y Varker, 2009).

Según Gentry y Baranowsky (1997) y Cocker y Joss (2016), el desgaste por empatía surge de la combinación sinérgica del estrés traumático primario, el estrés traumático secundario y el *burnout*, por eso en algunos casos y en algunas situaciones laborales sanitarias los conceptos pueden confundirse y los síntomas suelen solaparse ya que se comparten varios síntomas del trauma en general. El *burnout*, como se explicará más adelante, está más relacionado con el tedio crónico en el lugar de trabajo que con la exposición a los problemas de una persona. El estrés traumático secundario y la traumatización vicaria no están relacionados con las condiciones del lugar de trabajo y con la exposición acumulativa a traumas a lo largo del tiempo, a diferencia del *burnout*. En comparación con el desgaste por empatía, los síntomas se dan solo por la exposición a un individuo traumatizado y no por la exposición al evento traumático mismo, y se caracterizan

por la transformación del esquema cognitivo y por lo tanto de la experiencia interna del terapeuta que se ve reflejada en conceptos como autoidentidad, espiritualidad y visión del mundo, en el caso de la traumatización vicaria, y por ser somáticos y emocionales, más de tipo TEPT, en el caso del estrés traumático secundario (Beck, 2011; Devilly et al., 2009; Jenkins y Baird, 2002). Sin embargo, en la literatura es muy común encontrar que los términos de estrés traumático secundario y desgaste por empatía se usan indistintamente (Beck, 2011).

El *burnout* es entonces, un estado de agotamiento físico, emocional y mental, en el que se presenta el sentimiento de ya no poder dar más de sí en el ámbito afectivo; se presentan síntomas de despersonalización (desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia los pacientes, deshumanización), y reducción de la realización personal (tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, descontento e insatisfacción laboral), que se da como respuesta defensiva por el involucramiento en exceso en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado (crónico) (Acinas, 2012; Maslach, 1986, citado en Del Campo et. al, s.f.,).

Es un proceso (más que un estado), y por lo tanto es progresivo, gradual y consiste en la acumulación y sobrecarga de contacto intenso con consultantes (pero lo que afecta es más la forma de organización laboral, más que los consultantes en sí, como la sobrecarga de trabajo, los entornos de trabajo no favorables, las políticas y estructuras del sistema sanitario, falta de apoyo, etc.), más que la exposición al trauma y el sufrimiento de un paciente específico (Beck, 2011; Cazabat, 2002; Figley, 1995; Jenkins y Baird, 2002; Moreno-Jiménez et al., 2004a). El proceso incluye (Acinas, 2012; Cazabat, 2002; Jenkins y Baird, 2002):

1. Exposición gradual al desgaste laboral
3. Incapacidad de alcanzar logros
4. Mala prestación de servicios
5. Frustración e insatisfacción laboral

## **2.2. Programas de prevención e intervención**

Para el desarrollo de un programa de intervención y/o de prevención de desgaste por empatía, es necesario elaborar un modelo integrador en el que interaccionen la naturaleza del evento

traumático al que ha sido expuesto el cuidador, su historia personal, sus estrategias de afrontamiento, sus rasgos de personalidad, los factores ambientales que le rodean y otros factores, que como se ha mencionado anteriormente, influyen en el desarrollo de esta reacción a estrés (Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez y Losada, 2004b; Sansó et al., 2015).

Las líneas de tratamiento son muy similares a las desarrolladas en el estrés postraumático por lo tanto la mayoría de los programas existentes se centran en las siguientes dimensiones: educación, grupos de apoyo y compromiso organizacional (Moreno-Jiménez et al., 2004b; Peters, 2018).

Una educación dirigida a la detección de síntomas y factores de riesgo, no solo permite conocerlos y ponerlos en común, sino que al hacer esto último, se fomenta la posibilidad de compartir y facilitar la expresión de sentimientos y emociones del impacto del estrés de este tipo de labores. Lo anterior repercute en que se desarrolle una comunicación abierta y permisiva, con el propósito de buscar soluciones y no responsables, tal y como se maneja, por ejemplo, en los grupos de apoyo de *defusing* y de *debriefing*, que utilizan los profesionales de las emergencias. Más que utilizar técnicas de inoculación, se desarrollan nuevas vías de afrontamiento que fomenten además, el compromiso organizacional por medio de la solución de conflictos de roles, teniendo en cuenta el tipo de organización y el clima cultural (Acinas, 2012; Moreno et al., 2004b; Nolte et al., 2017).

Los objetivos de un programa de prevención de desgaste por empatía deberían apuntar en un principio a lo siguiente (Barbero, Fernández-Herreruela, García-Llana, Mayoral-Pulido y Jiménez-Yuste, 2013; Beck, 2011; Cazabat, 2002; Hernández, 2017; Nolte, 2017; Rodríguez-Carvajal y Quiñones, 2013):

- Encontrar un espacio tanto físico como temporal en el que se permita la expresión genuina de emociones, seguido de la contención de las mismas, recibir feedback positivo por el esfuerzo realizado por el trabajador y favorecer contagio emocional positivo
- Psicoeducación sobre empatía y otros conceptos relacionados
- Trabajar en autorregulación emocional

Según Catherall (1995), quien resalta el apoyo grupal, y en la misma línea, Flannery (1990), que señala la importancia de la cooperación de equipo (1990), citados en Cazabat (2002) y Moreno



et. al. (2004b), respectivamente, las características principales de un sistema contenedor deberían ser las siguientes:

- Brindar apoyo material
- Escuchar y aceptar incondicionalmente el material aportado por el profesional y sus reacciones
- Ayudar a corregir las distorsiones
- Ayudar a reformular la situación
- Brindar apoyo empático

Ampliando los puntos anteriores, se puede también decir que para el desarrollo de dicho programa resulta indispensable consolidar la presencia de equipos terapéuticos interdisciplinarios, así como el proveer de espacios físicos y temporales, por medio de reuniones, para que los compañeros se encuentren y se comuniquen con el fin de ayudar a prevenir el desgaste profesional (García-Llana y Rodríguez-Rey, 2017).

Gregory (2015), Hernández (2017), Hevezi (2015) y Pearlman y Saakvitne (1995b, citados en Moreno-Jiménez et al., 2004b), proponen el “autocuidado del terapeuta” con base en estrategias basadas en el incremento en la tolerancia, el reconocimiento de los propios sentimientos, la psicoeducación, mediante la asistencia a reuniones en grupo donde se comente con otros colegas los casos de modo informal, por ejemplo. También resaltan la importancia de pasar tiempo con la familia y amigos, realizar ejercicio, el reposo y actividades de meditación, como el yoga.

Con base en estos últimos autores, Moreno-Jiménez et al. (2004b) y Moreno-Jiménez et al. (2013), también apoyan la idea de implementar el plan de autocuidado en el mismo lugar donde aparece el problema, sobre todo porque el individuo puede recibir el apoyo social por parte de sus compañeros, ayudando a normalizar las reacciones, aceptándolas como reales, legítimas y universales, reconociendo y empatizando con la experiencia del otro, proporcionando un punto de vista alternativo. Las organizaciones deberían facilitar estos espacios de psicoeducación, preparación y planificación dentro de una cultura de aceptación que evite la estigmatización de los profesionales (Moreno-Jiménez et al., 2013; Nolte et al., 2017; Radey y Figley, 2007). El dar y recibir supervisión entonces, aliviaría la sobrecarga emocional sufrida por el profesional sanitario. Además, la supervisión en grupo puede promover la conexión con la realidad (Barbero et al., 2013;

Beck, 2011; Cazabat, 2002; Moreno-Jiménez et al., 2004b).

Con base en la experiencia manifiesta por los grupos de *debriefing* y de *defusing*, la ventilación de los sentimientos y emociones relacionados con la experiencia traumática de un tercero, siempre bajo una contención emocional y una reestructuración cognitiva, ha resultado ser eficaz y adaptativa para una adecuada regulación emocional (Barbero et al., 2013; Nolte et al., 2017). Algunas características de esa prevención grupal se pueden resumir en: organización formal, reuniones regulares, reglamentada, a través de una comunicación abierta, sin juzgar y siempre bajo un ambiente de respeto y de confianza (Moreno-Jiménez et al., 2013).

Es además necesario desarrollar en el profesional estrategias interpersonales, tales como competencias comunicativas (sobre todo de malas noticias), que pueden llegar a incrementar el nivel de satisfacción con su labor y el nivel de confianza en sí mismo, así como estrategias personales, tanto de autorregulación emocional como de autocuidado, favoreciendo así el autoconocimiento y la toma de conciencia. Algunos ejercicios que pueden ayudar a lo anterior están relacionados con técnicas respiratorias o de relajación corporal, de meditación, *Mindfulness*, el cultivo de las relaciones personales y la incorporación de actividades gratificantes fuera del ámbito laboral (Acinas, 2012; García-Llana y Rodríguez-Rey, 2017; Gregory, 2015; Hevezi, 2015; Montero, 2014; Nolte et al., 2017).

Según Mathieu (2012), citado en Moreno-Jiménez et al. (2013), el autocuidado conlleva 4 pasos fundamentales resumidos de la siguiente manera:

- Autoevaluar diferentes áreas del profesional, incluyendo hábitos saludables de vida
- Comprometerse a realizar actividades de ocio saludable, diferentes a las realizadas en el trabajo (artísticas, deportivas, espirituales, hobbies), y si se realizan en grupo, mucho mejor, ya que el apoyo social también es un factor protector en el autocuidado
- Aprender habilidades de afrontamiento, tales como comunicación asertiva, solución de conflictos, reestructuración cognitiva, manejo del estrés, uso del humor, manejo del tiempo, entre otros
- Comprometerse a elaborar un plan de autocuidado, fijarse metas, autoevaluar recursos, recibir apoyo, activar el plan y evaluarlo, así como sus cambios

Bajo esta concepción del autocuidado, Fuenzalida, Hernández y Guerra (2008), citados en

Guerra, Fuenzalida y Hernández (2009), proponen un diseño de un programa de intervención grupal para el desarrollo de conductas de autocuidado con el fin de disminuir los niveles de estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. El objetivo principal de este taller cognitivo conductual de autocuidado es aumentar la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y disminuir los niveles de estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. Para alcanzar tal fin la estructura del taller consiste en 5 sesiones organizadas de la siguiente manera:

Sesión 1. Psicoeducación sobre estrés traumático secundario y autocuidado e identificación de las fuentes de estrés laboral

Sesión 2. Capacitación en la distribución del tiempo en el trabajo y en técnicas de relajación

Sesión 3. Capacitación en comunicación asertiva en el trabajo

Sesión 4. Planificación de la ejecución de conductas de autocuidado fuera del trabajo

Sesión 5. Evaluación de los cambios producidos en el taller y planificación de la generalización de los resultados

Posterior a la aplicación del taller se pudo evidenciar que los participantes aumentaron significativamente sus conductas de autocuidado y disminuyeron significativamente sus niveles de desgaste por empatía, lo que permite concluir que el taller es efectivo en la prevención y en el tratamiento del estrés traumático secundario (Guerra, Fuenzalida y Hernández, 2009).

Por su parte, Gentry, Baranowsky y Dunning (1997), citados en Cazabat (2002) y Moreno-Jiménez et al. (2004b), en el Traumatology Institute de la Florida South University (FSU), desarrollaron un Programa de Recuperación Acelerada de Desgaste por Empatía, cuyos resultados permitieron el establecimiento de un protocolo de tratamiento para profesionales asistenciales dentro del proyecto conocido como Green Cross, dirigido por Figley (Figley, 2018). Dicho programa ha permitido a profesionales asistenciales recuperar su vida personal y profesional, resolviendo tanto síntomas, así como identificando la causa del estrés. Éste constaba de 5 sesiones cuyos objetivos se reducen en los siguientes puntos:

- Identificar, entender y desarrollar una jerarquía de eventos que disparan los síntomas de desgaste por empatía

- Desarrollar habilidades de contención, autocuidado y autorregulación, para enfrentar esas dificultades
- Identificar recursos para fortalecer la resiliencia
- Aprender técnicas de reducción de la tensión mediante la desensibilización, relajación, visualización y el EMDR, por ejemplo.
- Desarrollar técnicas para resolver conflictos internos y auto supervisión mediante video-diálogo.
- Retroalimentar los conocimientos adquiridos

También Potter, Pion y Gentry (2015), examinaron las percepciones de los participantes de la fatiga de un programa de entrenamiento y capacitación de afrontamiento ante el desgaste por empatía, en un centro médico de los Estados Unidos. Concluyeron que los participantes identificaron beneficios personales y profesionales del programa tales como autoayuda y entrenamiento en resiliencia. Refirieron aplicar las habilidades enseñadas durante dicho entrenamiento en sus lugares de trabajo, obteniendo resultados positivos para controlar el estrés y prevenir el desgaste por empatía.

Así mismo, el equipo de psicólogos del Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz (Madrid, España), viene realizando desde hace varios años, un programa de intervención dirigido al personal asistencial con el objetivo de aprender a gestionar las emociones desencadenadas a partir del trabajo con pacientes crónicos (Barbero et al., 2013).

En general los profesionales de la salud que han asistido a estas intervenciones manifiestan consecuencias positivas como el sentimiento de pertenencia al grupo y el apoyo mutuo como herramientas fundamentales para una adecuada gestión emocional, evitando así el agotamiento emocional. Cuando el grupo aprende a identificar y a expresar sus emociones, a familiarizarse con el procesamiento emocional del otro y por lo tanto a encontrar marcos de referencia en los que practicar el modelado de estrategias, se potencian habilidades profesionales, incluso generalizables al ámbito personal (Barbero et al., 2013).

Este tipo de propuestas recuerdan el uso de los tradicionales Grupos de reflexión Balint llevados a cabo en el ámbito médico, cuyo objetivo principal es proporcionar orientación psicológica y psicosocial a los profesionales sanitarios de un grupo específico, con el fin de identificar y trabajar en los conflictos personales de los trabajadores desencadenados a partir de la relación médico-

paciente y que pudieran interferir en la práctica médica (Barbero et al., 2013; Tizón, 2005).

Otras propuestas de autocuidado también apuntan a la revisión de casos clínicos, el uso del sentido del humor dentro del marco del respeto y siempre con un objetivo terapéutico, el diálogo con los colegas sobre experiencias personales en el trabajo o la participación en actividades recreativas con los compañeros (Barbero et al., 2013). Usar el humor ayuda a desdramatizar y por lo tanto a naturalizar las reacciones humanas del equipo profesional. Al ser un tipo de comunicación que facilita la expresión de sentimientos y emociones, genera a su vez emociones positivas, entrenamiento en gestión emocional, incrementa la capacidad de solucionar conflictos por medio del desarrollo de la creatividad y fomenta cohesión social, garantizando de esta forma una atención al cliente de calidad. Sin embargo, la decisión de emplear el humor como estrategia preventiva y sobre qué tipo de humor utilizar, dependerá del tipo de colectivo con el que se trabaje y su disposición a este tipo de herramientas (Acinas, 2012; Barbero et al., 2013; Beck, 2011; Carbelo y Jáuregui, 2006; Cazabat, 2002; Kuiper, 2012; Moran, 2002; Moya et al., 2002; Romero y Cruthirds, 2006).

Por su parte, las terapias de corte artístico resaltan los factores de protección individuales, desde un enfoque salutogénico, a través del desarrollo de competencias y fortalezas como la capacidad de resiliencia en colectivos de riesgo. También conduce a una mejor comprensión, persuasión y conexión emocional con los sentimientos propios y con los de los demás (Acinas, 2012; Carbelo y Jáuregui, 2006; Kuiper, 2012; Moya et al., 2002; Peral, 2017; Romero y Cruthirds, 2006).

Muchas veces se nos dificulta hablar directamente sobre situaciones difíciles de la vida como la misma muerte. Sin duda, el arte, la escritura, el teatro, entre otras expresiones artísticas, tienen la posibilidad de utilizar el simbolismo posibilitando hablar en tercera persona, evitando difíciles exposiciones directas ante una comunidad (Peral, 2017).

En conclusión, un programa de prevención de desgaste por empatía debe ayudar a transformar la desesperación en esperanza o en un propósito renovado en la vida (Beck, 2011). El propósito de un programa de prevención no es ignorar el estrés y el desgaste que producen las profesiones sanitarias. Es importante recordar que el estrés es una señal bio-psicológica y una respuesta natural, que alerta al individuo cuando éste se ha excedido en la reacción ante un factor considerado estresante para cualquier sujeto. El objetivo es que los sistemas y recursos funcionales individuales que se han puesto en marcha para reaccionar, puedan retornar a sus niveles previos por medio de la enseñanza de procesos de recuperación y resiliencia, habilidades concernientes a la inteligencia

emocional (Montero, 2014).

Diversos estudios que evidencian la efectividad de programas de intervención y de prevención han demostrado que para los profesionales sanitarios, sobre todo en el ámbito de la enfermería, ha resultado muy conveniente trabajar algunas estrategias personales de regulación emocional, tales como: el manejo de tiempo libre, variedad de actividades que impliquen hábitos saludables de vida y ocio saludable, fortalecimiento de apoyo espiritual a través de actividades como meditación, yoga, la predisposición a la utilización de la atención plena (*Mindfulness*), o simplemente rezar, el fortalecimiento de la red de apoyo familiar y social, algunas variables de personalidad del profesional, como la capacidad de resiliencia, la comprensibilidad, introspección, autoanálisis, la autopercepción de competencia, mérito, confianza y autoestima, paradójicamente la satisfacción con la empatía y la compasión, permitir tiempo personal adecuado para el duelo ante la pérdida de pacientes, acudir a psicoterapia para aquellos profesionales que tienen fuertes respuestas emocionales ante su labor (de hecho, según algunos autores, si en algún momento alguna persona en particular percibe, posterior a un examen de autoconciencia, que no ha resuelto experiencias traumáticas propias, se puede considerar la posibilidad de realizar un proceso de psicoterapia individualizado), enfocarse en lo positivo, no generalizar y el uso del humor (Acinas, 2012; Alfonso et al., 1982; Beck, 2011; Dominquez-Gomez y Rutledge, 2009; Gregory, 2015; Hevezi, 2015; Jenkins y Baird, 2002; Kuiper, 2012; Montero, 2014; Moreno-Jiménez et al., 2004a; Moreno-Jiménez et al., 2004b; Nolte et al., 2017; Peral, 2017; Radey y Figley, 2007; Ying-ying, Cheng, Xiao-Rong, Wei y Ying-lei, 2018; Yoder, 2010).

Relacionadas con el trabajo refieren que el pedir rotación de unidad, no acumular casos, programación de reuniones informativas con los colaboradores, gestión del tiempo libre, informes, grupos de apoyo, reuniones y consultas entre pares o con compañeros que cuentan con mayor experiencia profesional, el conocimiento profesional, la discusión y supervisión de casos clínicos, rituales y cambios de trabajo, retiros, actividades de ocio saludable dentro del mismo trabajo, establecer límites laborales y personales, la distancia emocional, diversificar los tipos de pacientes con respecto al nivel de agudeza, variedad en las actividades laborales, identificar con antelación posibles respuestas a escenarios difíciles con pacientes y enfocarse en componentes positivos propios y de la situación en particular, son factores protectores ante el desgaste por empatía. A corto plazo identifican: días libres adicionales o cambios en las asignaciones de los pacientes. En cuanto a estrategias organizacionales proponen romper el silencio y el tabú que a menudo existe

alrededor de la muerte y de las reacciones asociadas a ésta, tener espacios físicos reconfortantes para que los clínicos se reúnan, contando con los recursos adecuados, fomentando una atmósfera de respeto por el trabajo realizado y creando un equipo de apoyo institucional, favoreciendo así condiciones laborales satisfactorias (Acinas, 2012; Beck, 2011; Dominquez-Gomez y Rutledge, 2009; Hernández, 2017; Jenkins y Baird, 2002; Moreno-Jiménez et al., 2004a; Moreno-Jiménez et al., 2004b; Nolte et al., 2017; Yoder, 2010).

Con base en otros estudios e intervenciones realizadas en profesionales de la salud que han demostrado efectividad posterior a su implementación, se ha evidenciado también que ejercicios vivenciales y de imaginación, adecuadamente estructurados, modifican componentes disposicionales y situacionales de las actitudes ante la muerte (Grau et al., 2008).

Con base en todos estos estudios realizados se ha demostrado la efectividad de los programas implementados, a través de procesos psicológicos y conductas de autocuidado que fomentan un mejor manejo en gestión de las emociones, mejoría en pautas cognitivas y estrategias de afrontamiento, reducción de pensamientos negativos, reducción del estrés y del desgaste laboral y general, alivio de síntomas de depresión y de ansiedad, alivio de malestar psicológico, bienestar general, promoción en salud y calidad de vida en general, entre otros (Montero, 2014; Nolte et al., 2017).

Los programas de prevención y promoción de la salud deben partir entonces de analizar la estrecha relación entre los factores de riesgo y de protección, para disminuir los primeros y fomentar los segundos (Peral, 2017).

A parte de la necesidad de que se lleven a cabo reuniones periódicas sobre este tema, se debe incluso estudiar, por qué no, la posibilidad de desarrollar un programa de Formación Continuada sobre tanatología, institucionalizando políticas de actuación frente a esta problemática, con el fin de ver el lado positivo del ayudar a morir o acompañar a morir a personas a las que se les ha ayudado a vivir, desvirtualizando el concepto de muerte como algo fatal, para verla como un proceso natural que hace parte de la vida misma (Alfonso et al., 1982, Figley, 1995).

Las investigaciones en el campo del desgaste por empatía y del estrés traumático secundario son escasas y pocas se han centrado en el desarrollo de programas de prevención ya sea primaria, secundaria o terciaria, desde una perspectiva ocasional y situacional (Acinas, 2012; Moreno-Jiménez et al., 2004b; Nolte et al., 2017). Incluso algunos autores refieren que el desgaste por empatía no se puede prevenir, pero son conscientes de que puede y debe paliarse, incrementando

la capacidad de reconocer y minimizar el impacto del desgaste con el fin de fomentar el autocuidado (Campos et al., 2017).

El programa que se propondrá mediante el presente trabajo y cuya descripción se detalla más adelante, se trataría de un programa de prevención secundaria ya que los profesionales ya han estado expuestos al trauma y el objetivo sería reducir los efectos del desgaste por empatía (Moreno-Jiménez et al., 2013).

A continuación, se explicará la metodología a emplear, con base en ella, se realizará una propuesta de un programa piloto de prevención, se valorarán los resultados esperados, se concluirán las limitaciones del mismo para finalmente proponer futuras líneas de intervención.

### 3. Método

#### 3.1. Objetivos

**Objetivo general.** Diseñar un programa de prevención de desgaste por empatía en profesionales sanitarios de unidades de diálisis de hospital. Como parte del diseño se pretende medir el desgaste por empatía con el fin de evaluar las necesidades de la población a la que iría dirigido el programa.

#### Objetivos Específicos.

- Descartar posibles hipótesis iniciales relacionadas con otros tipos de reacción a estrés en el ámbito laboral, como por ejemplo el *burnout*, en profesionales sanitarios de unidades de diálisis de hospitales dentro la red de asistencia sanitaria.
- Confirmar la hipótesis principal relacionada con la reacción a estrés del desgaste por empatía y del estrés traumático secundario de personal sanitario de unidades de diálisis de hospitales dentro la red de asistencia sanitaria.
- Evaluar el desgaste por empatía y el estrés traumático secundario de los profesionales sanitarios de unidades de diálisis de hospitales del sistema sanitario, a través de dos escalas diferentes, basándose en los autores que defienden que se trata de dos conceptos diferentes.



- Evaluar otras variables relacionadas como el afrontamiento a la muerte y el trabajo en equipo, ya que, según la literatura revisada y comunicaciones personales con expertos en el tema, éstas influyen en un posible desarrollo de desgaste por empatía y como consecuencia, un posible futuro *burnout*.
- Conocer las necesidades específicas de los participantes, para que, con base en éstas, sea posible proponer un programa de prevención del desgaste por empatía y del estrés traumático secundario en profesionales sanitarios de unidades de diálisis de hospitales dentro la red de asistencia sanitaria.
- Comprobar la eficacia del programa mediante el diseño cuasi experimental de medidas pre y post que se propone más adelante.

### **3.2. Participantes**

El programa va dirigido a profesionales sanitarios de unidades de diálisis de hospital dentro de la red de asistencia sanitaria, tales como nefrólogos, supervisores de enfermería, enfermeros y técnicos de enfermería. Por ejemplo, según comunicación vía correo electrónico con los responsables de la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS), dentro de esta Unidad trabajan:

- 19 enfermeras
- 13 auxiliares
- 7 médicos

Se espera que la totalidad de la población participe de la evaluación del desgaste por empatía y a partir de la identificación de sujetos que presenten síntomas de este tipo de estrés, se conformarán dos grupos: un grupo control y un grupo experimental. Según la literatura revisada, se ha evidenciado que una asistencia prevista de un total de entre 8 y 10 participantes en el desarrollo del programa, es ideal y ha demostrado ser efectivo para la implementación de este tipo de propuestas. No obstante, al tratarse de un programa de prevención se espera que su efectividad alcance posteriormente al 100% de la población.

La selección de la población objetivo se determinó a raíz de la solicitud de la Unidad de Diálisis

del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS), debido a la preocupación relacionada con las reacciones de estrés ante una situación específica de alto porcentaje de fallecimientos inesperados de pacientes dentro de la Unidad, manifiesta por el equipo sanitario y que ya se ha explicado anteriormente.

El acceso a la muestra será entonces de tipo no probabilístico, por conveniencia y el tamaño final de la misma dependerá de la prevalencia de síntomas de desgaste por empatía y de la tasa de participación voluntaria.

A continuación, se detallan los criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Ser profesional sanitario de unidad de diálisis de hospital dentro de la red de asistencia sanitaria.

Criterios de exclusión:

- Ser profesional sanitario de otras unidades de hospital.

### **3.3. Diseño**

Se realizará un estudio piloto de diseño cuasi experimental de tipo pre-post con grupo control no equivalente, en el que para valorar la eficacia del programa se tendrá un grupo experimental y un grupo control. Los participantes hacen parte de un grupo ya constituido. El grupo experimental participará del programa propuesto, mientras que el grupo control, no. Posteriormente se analizarán las medidas pre y post.

Se realizará una evaluación de seguimiento a los tres (3) meses y a los seis (6) meses de haber aplicado el programa con el fin de comprobar si se mantiene los resultados esperados.

### **3.4. Variables e instrumentos**

Para evaluar esta reacción a estrés, en los profesionales sanitarios de unidades de hospitales dentro de la red de asistencia sanitaria, se han escogido las siguientes escalas, debido a su pertinencia en

las preguntas dirigidas a profesionales sanitarios, por la adecuada cantidad de ítems y porque con base en la literatura revisada estas escalas son las más utilizadas y unas de las más efectivas para evaluar el desgaste por empatía:

- *ProQOL – vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV* (Stamm, 1997-2005, traducida por María Eugenia Morante Benadero, Bernardo Moreno Jiménez, Alfredo Rodríguez Muñoz, Universidad Autónoma de Madrid, España) (ver Anexo A. ProQOL – vIV ). Esta escala es la última versión de la escala de Fatiga por Compasión creada por Figley en 1995. Traducida al castellano se conoce como Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción Tercera Revisión. Es una escala compuesta por 30 ítems, que se distribuyen en tres subescalas: fatiga de compasión, *burnout* y satisfacción de compasión. Todos los ítems miden los aspectos tanto positivos como negativos del nivel de empatía de los profesionales. La escala de respuestas es de tipo Likert, con 6 opciones de respuesta (0 *nunca* a 5 *siempre*). Existen ítems con puntuación inversa, que son: 1, 4, 15, 17 y 29. Los ítems que evalúan la fatiga de compasión son los siguientes: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28. La media de esta puntuación es 13, por lo que una puntuación superior a 17 significa que el encuestado presenta índices altos de fatiga por compasión. Los ítems que miden la satisfacción de compasión son: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30; la puntuación media en esta escala es 37, considerando alta satisfacción por compasión aquella puntuación superior a 42, y baja satisfacción por compasión inferior a 33. Los ítems que evalúan el *burnout* son: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 y 29, su puntuación media es 22, y las puntuaciones superiores a 27, indican riesgo alto de padecerlo, en cambio, si la puntuación es menor a 18, el riesgo es bajo. Se espera que la confiabilidad de la escala arroje puntajes de Alfa de Cronbach superiores a 0.7, en los distintos análisis a realizar.

Es importante tener en cuenta que el cuestionario, según sus autores, puede ser utilizado como un indicador de posibles problemas que podrían ser después evaluados más que como un instrumento diagnóstico en sí mismo (Moreno-Jiménez et al., 2004b).

- *Escala de Estrés Traumático Secundario* (EETS; Bride, et al, 2004, adaptada a Chile por Guerra y Saiz, 2007) (Ver Anexo B. EETS). Esta escala está compuesta por 17 ítems

cuya escala de respuestas también es de tipo Likert pero con 5 opciones de respuesta (1 *nunca* a 5 *con mucha frecuencia*), que miden la frecuencia de síntomas intrusivos (ítems 2, 3, 6, 10 y 13), evitativos (ítems 1, 5, 7, 9, 12, 14 y 17), y de activación psicofisiológica (ítems 4, 8, 11, 15, 16), que caracterizan el estrés traumático secundario. De acuerdo con la versión original, un puntaje entre 28 y 37 corresponde a “síntomatología baja”, entre 38 y 43 a “síntomatología moderada”, de 44 a 48 a “síntomatología alta” e igual o mayor a 49, “síntomatología severa”. La puntuación total mínima del instrumento es 17 y la máxima, 85. Se espera que la confiabilidad de la escala arroje puntajes de Alfa de Cronbach superiores a 0.7, en los distintos análisis a realizar.

En un principio se pensó también aplicar la escala CETS (Cuestionario de Estrés Traumático Secundario) (Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez-Muñoz y Garrosa, 2004), que también mide el estrés traumático secundario, sin embargo, debido a la cantidad de ítems de dicha escala y de considerar que va más dirigida a profesionales de las emergencias y catástrofes, se decidió descartarla.

- Para evaluar otras dos variables independientes como el afrontamiento a la muerte y el trabajo en equipo se utilizarán dos instrumentos, uno de ellos diseñado ad hoc para el presente TFM, por la investigadora en colaboración con una experta en el tema: éste último es un cuestionario de cinco (5) preguntas abiertas estructuradas que invitan a respuestas narrativas, para evaluar cualitativamente la variable de afrontamiento a la muerte, ya que según Maza et al. (2008), resulta interesante dentro del proceso de formación de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, autoevaluar las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás (Ver Anexo C. Afrontamiento a la muerte). Lo anterior ayudaría a romper los tabúes hacia el concepto de muerte y a asumir con mayor naturalidad su proceso. Además, se recomienda utilizar más de una escala de medida, incluso combinadas, tanto cuantitativas como cualitativas (Moreno-Jiménez et al., 2013).
- La otra escala compuesta por 4 ítems (adaptada de García-Llana, Bajo, Barbero, Selgas y Del Peso, 2017), es de tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1 *ninguna dificultad* a 5 *muchísima dificultad*), para evaluar la variable de trabajo en equipo ya que según

algunos estudios, se ha concluido que una de las causas de una reacción de estrés desbordada por parte de un equipo de trabajo, es la pobre comunicación, interacción, e incluso malas relaciones, entre sus miembros (Ver Anexo D. Trabajo en equipo).

- La primera parte de la aplicación de todas las escalas incluirá además unas preguntas que indagan información sociodemográfica tales como edad, educación, experiencia laboral y situaciones traumáticas en el pasado, entre otras, adaptadas del CETS (Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez-Muñoz y Garrosa, 2004) (Ver Anexo E. Datos sociodemográficos).

### **3.5. Procedimiento**

Las escalas serán enviadas a través de correo electrónico a los responsables de las unidades de diálisis de hospitales dentro de la red de asistencia sanitaria, quienes se comprometerán a difundir el correo a todo el servicio.

El correo electrónico contendrá un enlace virtual en el que se pueden contestar las escalas y así mismo la investigadora puede obtener las respuestas, así como el consentimiento informado de protección de datos y confidencialidad de los mismos (Ver Anexo F. Consentimiento informado).

Dependiendo del nivel de participación de la población a evaluar, se considerará oportuno reenviar el correo electrónico a la semana de haber enviado el primer correo y posteriormente a las tres semanas de haber enviado el segundo correo, con el fin de invitar a participar nuevamente de forma voluntaria, a la población.

Como se mencionó anteriormente, el objetivo es hacer una evaluación previa a la aplicación del programa y posteriormente llevar a cabo cada ciclo, la intención es en el futuro realizar una evaluación posterior de los participantes, tanto del grupo experimental como del grupo control, para aplicar el programa con el primer grupo. Una vez finalizado un primer ciclo, se aplican nuevamente las escalas con el fin de realizar comparaciones pre y post, y entre el grupo experimental y el grupo control. De esta forma se analizarán los posibles efectos del programa propuesto. Como se explicó anteriormente, este proceso se llevará a cabo una vez culmine cada ciclo propuesto, con el fin de evaluar la eficacia del programa y sus efectos a corto y largo plazo.

Si en un primer ciclo, la evaluación de los resultados del programa arroja resultados positivos, el programa se presentará a todos los profesionales sanitarios de la unidad a partir de un segundo ciclo, y en sus diferentes versiones, como parte de un proceso de Formación Continuada. De esta forma, todos los participantes podrán beneficiarse del programa.

**3.6. Análisis de datos esperados.** Para el análisis de los datos se utilizará el paquete informático SPSS 18.0 (SPSS Inc., 2009), y los cálculos estadísticos se harán con un nivel de significación ( $\alpha$ ) = 0.05.

Con el fin de evaluar si el programa ha producido algún efecto, reduciendo los niveles de estrés, específicamente del desgaste por empatía y del estrés traumático secundario de los participantes del grupo experimental, se compararán los resultados obtenidos por el grupo experimental y el grupo control de las escalas ProQOL – vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV, de la Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS) y de la Escala Trabajo en Equipo, antes, inmediatamente después, a los 3 meses y a los 6 meses de la aplicación del programa. Para llevar a cabo lo anterior, se llevará a cabo un ANOVA de medidas repetidas para un solo factor de 2x4, en el que se compararán las puntuaciones obtenidas de las escalas, siendo la variable inter-sujeto “grupo”, con dos niveles (grupo experimental y control), y la variable intra-sujeto “puntuaciones obtenidas”, con 4 niveles: antes, inmediatamente después, a los 3 meses y a los 6 meses de la aplicación del programa.

En cuanto al análisis de los datos cualitativos, se procederá a realizar la transcripción de las respuestas a las preguntas abiertas. Luego mediante un proceso selectivo que permita condensar, ordenar, codificar e integrar la información, se realizará un análisis de categorías y de frecuencias tanto del contenido como del léxico de las narrativas que arrojen las preguntas estructuradas, con la ayuda de software especializado como el Atlas.ti o el QDA Miner Lite, por ejemplo.

## **4. Programa de Prevención**

### **4.1. Objetivos**

**Objetivo general.** Prevenir los síntomas de desgaste por empatía y de estrés traumático secundario en profesionales sanitarios de unidades de diálisis de hospitales dentro de la red de asistencia sanitaria.

#### **Objetivos específicos.**

- Evaluar a profundidad y de forma cualitativa (afrontamiento a la muerte, estrategias de afrontamiento previas), al equipo de profesionales con base en la evaluación cuantitativa y cualitativa previa
  - Normalizar y desdramatizar sentimientos, emociones y pensamientos relacionados con la muerte
  - Proporcionar psicoeducación al equipo terapéutico en estrategias funcionales de prevención de este tipo de reacciones al estrés
  - Proporcionar psicoeducación al equipo terapéutico en estrategias relacionadas con el afrontamiento a la muerte
  - Permitir espacios de canalización, de expresión de emociones y de regulación emocional, con los que normalmente no cuentan este tipo de profesionales
  - Promover estrategias de trabajo en equipo facilitando el desarrollo de una red de apoyo entre iguales
  - Transformar la fatiga por compasión en satisfacción de compasión, que se define como la satisfacción de trabajar ayudando a los demás
  - Empoderar al equipo terapéutico en estrategias de afrontamiento a este tipo de reacciones de estrés, con el fin de que, de forma independiente, las lleven a cabo tanto a nivel personal como organizacional
  - Disminuir los niveles de desgaste por empatía, generando bienestar general, promoción en salud y calidad de vida en general

- Prevenir en el futuro el desborde de este tipo de reacciones al estrés con el fin de promover más profesionales sanos y, en consecuencia, más competentes

## 4.2. Módulos

Las sesiones se organizarán en dos (2) ciclos formativos (Ciclo I y Ciclo II), que contendrán seis (6) módulos cada uno, a lo largo de un (1) año, los cuales se llevarán a cabo en períodos que no coincidan con épocas estivas ni vacacionales y que se acomoden al calendario laboral de los profesionales. Los días y el horario, por lo tanto, se definirán con antelación en conjunto con los profesionales participantes.

Cada módulo se llevará a cabo semanalmente hasta completar cada ciclo formativo, lo que significa que estos últimos tienen una duración cada uno, de un (1) mes y medio aproximadamente.

Cada ciclo contendrá los mismos módulos sin embargo como se irá avanzando en cada uno de ellos, los contenidos de los mismos irán cambiando y adquiriendo un nivel superior.

Es importante resaltar que al interior de cada espacio se mantendrá una atmósfera de confidencialidad y respeto hacia el otro.

Finalmente, la idea es que la propuesta pueda trascender y hacer parte de cursos de Formación Continuada, lo que implicaría que se llevarían a cabo distintas versiones, para así también poder trabajar diversas estrategias.

**Módulo 1: “Rompiendo el tabú”.** Este módulo inicia con la siguiente pregunta general al grupo participante: ¿Qué significa la muerte para mí?”. La participación es libre y el objetivo es permitir que los profesionales hablen abiertamente sobre creencias, mitos, sentimientos, emociones respecto al concepto personal que cada uno tiene de la muerte. Se ampliará entonces la información obtenida en la evaluación cualitativa realizada con antelación por medio de la escala que evalúa precisamente el afrontamiento a la muerte. El papel del psicólogo es de mediador de la palabra y según el caso, de contenedor de emociones que puedan llegar a desbordarse.

Se llevará a cabo un día de la semana, al finalizar la jornada laboral y tendrá una duración de 1 hora.



**Módulo 2: “Cuando mi paciente muere, yo...”.** En este módulo, que continúa ampliando información significativa sobre la variable del afrontamiento a la muerte, se le pide a cada participante que escriba en una hoja las emociones, sentimientos y pensamientos que ha experimentado ante la muerte de uno o varios de sus pacientes. El objetivo de este módulo es socializar lo identificado por cada participante y mediante el factor terapéutico de la universalidad, que cada uno de ellos no se sienta solo en su experiencia. El rol del psicólogo es el de contener la emoción del momento e identificar en grupo los posibles principales síntomas del desgaste por empatía.

Se llevará a cabo un día de la semana, al finalizar la jornada laboral y tendrá una duración de 1 hora.

**Módulo 3: “Combatiendo el estrés con... (nombre de la estrategia a trabajar)”.** En esta sesión se indagan las estrategias personales de afrontamiento con las que cuenta cada profesional. El objetivo de esta sesión es conocer las herramientas que utilizan los profesionales para afrontar situaciones estresantes (como la muerte de un paciente), y así partir de una base teórica con la que se comienza a proporcionar psicoeducación al grupo sobre las estrategias más funcionales en este tipo de situaciones.

Se trabajarán diversas estrategias en diferentes versiones, tales como: técnicas respiratorias o de relajación corporal, de meditación, de práctica de *Mindfulness*, ejercicios de introspección, ejercicios de regulación emocional, ocio saludable, hábitos de vida saludables, fortalecimiento de redes de apoyo, comunicación asertiva, comunicación de malas noticias, intervención en crisis, solución de conflictos, reestructuración cognitiva, técnicas de afrontamiento, ejercicios de desapego emocional, manejo de la frustración, manejo del estrés, manejo del duelo, uso del humor, gestión del tiempo, motivación, trabajo en equipo, entre otras. El rol del psicólogo es más directivo ya que se asegurará de que el equipo se entrene en el manejo de dichas estrategias. Incluso entregará material teórico relacionado con cada estrategia que se trabaje en cada módulo, tales como folletos físicos e incluso en formato electrónico (archivo drive), que puede ser consultado en cualquier momento.

Se llevará a cabo un día de la semana, al finalizar la jornada laboral y tendrá una duración de 1 hora.

**Módulo 4: “Role-play”.** En este módulo se invita a los participantes a que recuerden alguna situación en la que hayan experimentado un nivel de estrés muy alto, respecto a algún paciente, por ejemplo, se puede traer a la sesión un caso clínico específico, con el fin de representar la situación (por ejemplo: comunicación de malas noticias: un paciente que fallece y deben informarlo a sus familiares). El objetivo de la sesión es conocer las reacciones verdaderas ante determinadas situaciones, analizarlas con base en lo aprendido en sesión anterior y realizar feedback, con el fin de incorporar al repertorio de actuación, estrategias de afrontamiento funcionales. El rol del psicólogo es de guía de los participantes que proponen su actuación ante situaciones estresantes.

Se llevará a cabo un día de la semana, al finalizar la jornada laboral y tendrá una duración de 1 hora.

**Módulo 5: “Ocio saludable”.** Dentro de esta sesión se llevan a cabo actividades recreativas relacionadas con el arte y el humor, por ejemplo, con base en lo investigado en la literatura, a modo de catarsis y experimentando in situ las ventajas de realizar actividades diferentes a las laborales.

Se puede hacer uso del humor autoevaluador y autorreflexivo que aumenta la autoestima: la intención de quien lo lleva a cabo es mejorar su imagen en relación con los demás en el grupo. Por ejemplo, si alguno de los participantes ha sentido tristeza o vergüenza posterior asociada a algún tipo de reacción que éste haya tenido respecto al fallecimiento de algún paciente, se le puede pedir a él mismo hablar sobre la situación de forma exagerada con el fin de desdramatizar la situación y provocando una perspectiva cómica sobre el propio comportamiento. Se ha estudiado que a través del uso del humor se puede comunicar un mensaje contundente, enérgico, pero con un tono humorístico positivo (Carbelo y Jáuregui, 2006; Martineau, 1972; Meyer, 1997, citados en Romero y Cruthirds, 2006). El humor permite expresar el desacuerdo y el conflicto sin ningún efecto negativo, ya que el mensaje se transmite de manera lúdica (Kahn, 1989, citado en Romero y Cruthirds, 2006).

Respecto al arte, se pueden realizar con los participantes actividades relacionadas con manualidades, teatro, música, escritura, cine foro, entre otros.

El objetivo es entonces vivenciar los beneficios de realizar actividades de ocio saludable. El rol del psicólogo es de acompañante y de guía de la sesión.

Se llevará a cabo un día de la semana, al finalizar la jornada laboral y tendrá una duración de 1 hora.

**Módulo 6: “¿Cómo estoy?”.** En esta última sesión se realiza el cierre de todo el Ciclo a través de la autoevaluación de todo el proceso tanto a nivel personal como grupal. El objetivo es que cada participante haga un auto-análisis de su propia experiencia a través del desarrollo de las sesiones, de lo aprendido durante las mismas y de los beneficios obtenidos al final, y compartirla con todo el grupo. El rol del psicólogo es de contención y de realizar feedback a lo que surja dentro de la sesión.

Se llevará a cabo un día de la semana, al finalizar la jornada laboral y tendrá una duración de 1 hora.

**\*Módulo “Comodín”.** En este módulo, que debe presentarse en el Módulo 3, el equipo terapéutico realiza reuniones tipo *defusing*, en cualquier situación estresante que surja repentinamente durante el trabajo, con el fin de que poco a poco vayan incorporando la idea de la importancia de las reuniones de forma independiente, para una adecuada autorregulación emocional, dentro del mismo lugar de trabajo. Paulatinamente pueden ir aplicando lo que se aprenda en el desarrollo del programa.

**Seguimiento.** Entre la realización de cada Ciclo (tres meses y seis meses aproximadamente), el psicólogo realiza un seguimiento del progreso del programa e invita al grupo a que se reúna como mínimo una vez a la semana, si no es posible, una vez al mes, haciendo uso del Módulo “Comodín”. El objetivo es que el equipo terapéutico lo lleve a cabo utilizando las herramientas aprendidas durante el desarrollo de todo el programa y dichas sesiones de Seguimiento sean de tipo *debriefing*.

#### **4.3. Recursos necesarios**

- Espacio físico.
- Folios en blanco, bolígrafos.

- Folletos físicos y/o en formato electrónico con información teórica sobre técnicas de afrontamiento del estrés y al desgaste por empatía.
- Material artístico (pinturas, colores, bolígrafos, hojas en blanco, cartulinas, disfraces, etc.), según foco terapéutico que se vaya a trabajar.

#### 4.4. Cronograma

El siguiente cronograma es orientativo y es susceptible de ser cambiado en función de las necesidades y actividades propias de los profesionales sanitarios de una Unidad de Nefrología de Hospital.

	CICLOS I y II	SEGUIMIENTO *Módulo “Comodín” (c/3 y 6 meses)
<i>Día/Duración</i>	Semanal	
<b>Semana 1</b> 1 hora	Módulo 1: “Rompiendo el tabú”	
<b>Semana 2</b> 1 hora	Módulo 2: “Cuando mi paciente muere, yo...”	
<b>Semana 3</b> 1 hora	Módulo 3: “Combatiendo el estrés con... (estrategia a trabajar)”	
<b>Semana 4</b> 1 hora	Módulo 4: “Role-play”	
<b>Semana 5</b> 1 hora	Módulo 5: “Ocio saludable”	
<b>Semana 6</b> 1 hora	Módulo 6: “¿Cómo estoy?”	

## 5. Resultados esperados

Con base en la literatura revisada, es importante tener en cuenta que según estudios anteriores realizados con profesionales sanitarios, la actitud tanto negativa como positiva respecto a la muerte y la respuesta a este tipo de programas, generalmente dependen de las siguientes variables (Maza et al., 2008):

- Edad de los encuestados
- Edad de su primer contacto con la muerte
- Años de experiencia profesional
- Preparación de pregrado en relación a la muerte.

También se ha estudiado que influyen otros factores personales como los culturales y los religiosos y otros más institucionales como: un espacio físico inadecuado, falta de privacidad, falta de equipos, materiales y recurso humano insuficiente (Maza et al., 2008).

Según Acinas (2012), Klersy et al. (2007) y Peters (2018), algunos factores de riesgo a tener en cuenta frente a los resultados de la implementación de un programa de prevención de este tipo, son que las unidades de diálisis suelen ser pequeñas estructuras cerradas, con la posibilidad de mantener una relación significativa y duradera con los pacientes y los colegas, y en la evidencia cotidiana se deduce que los profesionales de enfermería tienen mayores niveles de agotamiento que los médicos, ya que los primeros tienen contactos más prolongados con estos pacientes. En conclusión, tanto las condiciones de trabajo, las condiciones sociodemográficas de los profesionales y otras situaciones personales también se han asociado no solo a la presentación de síntomas de desgaste emocional y a la posibilidad de desarrollar en el futuro *burnout*, sino a las respuestas posteriores a su implementación.

Se espera que el ANOVA de medidas repetidas que comparará las puntuaciones obtenidas en las escalas encuentre un efecto significativo de la variable inter-sujeto de la interacción, que ponga de manifiesto la eficacia del programa y por lo tanto diferencias entre el progreso del grupo experimental y el grupo control, así como en las puntuaciones obtenidas en la variable intra-sujeto (antes, inmediatamente después, a los 3 meses y a los 6 meses de la aplicación del programa). Se

espera que en el grupo experimental se presenten diferencias significativas posteriores a la aplicación del programa, respecto al grupo control, en el que se espera observar progresivamente puntuaciones significativamente superiores respecto a los niveles de la variable intra-sujeto pre y post (antes, inmediatamente después, a los tres (3) meses y a los seis (6) meses de la aplicación del programa). Lo anterior indicaría que los niveles de estrés de desgaste por empatía y de estrés traumático secundario en el grupo experimental han disminuido gracias a la aplicación del programa diseñado, mientras que en el grupo control se han mantenido igual o incluso han aumentado como resultado de no haber aprendido a gestionar adecuadamente el estrés.

Finalmente se espera encontrar diferencias significativas tanto entre la variable inter-sujeto como en la intra-sujeto, respecto a las habilidades de afrontamiento a la muerte y de trabajo en equipo.

## **6. Discusión**

Mediante el presente trabajo se pretende realizar una propuesta de un programa de prevención de desgaste por empatía en profesionales sanitarios de una unidad de diálisis de hospital dentro de la red de asistencia sanitaria. La idea surgió de la demanda específica de la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS), respecto a la reacción de este tipo de estrés en su equipo de trabajo frente a fallecimientos inesperados de pacientes dentro de su Unidad. Con el fin de conseguir este propósito se ha diseñado una propuesta de un programa piloto para evaluar y prevenir este tipo de reacción al estrés.

Con base en la literatura estudiada, los resultados confirman que definitivamente el sexo, otras variables sociodemográficas, la experiencia de vida y la laboral, la profesión, factores protectores y de riesgo, como las condiciones de trabajo, el nivel de trabajo en equipo y otras situaciones personales y variables de personalidad, como el afrontamiento a la muerte, influyen en la posibilidad de desarrollar o no desgaste por empatía.

Debido a que los profesionales sanitarios, en especial el personal de enfermería, son más propensos a desarrollar este tipo de estrés y dado que en la literatura revisada no se han encontrado programas de prevención en todos sus niveles, se realiza esta propuesta con el fin de que pueda ser valorada en el futuro.

Se realiza una propuesta con base en los programas de intervención que hasta el momento se han llevado a cabo con el fin de disminuir los niveles de desgaste por empatía en profesionales que a diario deben enfrentarse al “coste de cuidar”. El programa consiste en llevar a cabo 6 módulos (agregando al final un módulo adicional que llevarán a cabo los mismos participantes, con base en lo aprendido en el programa), que pretenden profundizar en la evaluación del afrontamiento a la muerte y el estrés que ésta conlleva, la psicoeducación y el entrenamiento en estrategias y habilidades para combatirlo, así como su posterior seguimiento. Adicionalmente se ha planteado un diseño cuasi experimental pre-post con grupo control y una evaluación estandarizada con el fin de evaluar la eficacia del programa y su posible efecto para disminuir y aprender a gestionar el desgaste por empatía.

Con base en la literatura revisada y los resultados obtenidos mediante los programas para disminuir los niveles de desgaste por empatía en profesionales sanitarios, se espera que la propuesta de este programa sea un aporte a la disminución de dichos niveles de estrés de los participantes del grupo experimental.

Se espera además que por lo menos posterior a la implementación del Ciclo I, los participantes cuenten con estrategias para gestionar los niveles de estrés y de esta forma su rendimiento profesional sea cada vez mejor, así como su calidad de vida. Además, se espera que estos efectos se mantengan tanto a corto como a largo plazo. En cuanto al grupo control, se espera que los niveles de estrés aumenten o se mantengan iguales que al inicio, debido a que no recibieron el beneficio del programa. Una vez se lleve a cabo el Ciclo I del programa y se obtengan los resultados esperados, se puede aplicar el programa al grupo control, para que éste también se beneficie de su presunta efectividad.

La idea es proporcionar psicoeducación y entrenamiento a los participantes por medio de un rico y variado conjunto de estrategias y habilidades para hacer frente a la muerte de los pacientes y al estrés que la anterior situación conlleva, por medio de técnicas cognitivo-conductuales en su gran mayoría y otras técnicas complementarias relacionadas con la arteterapia y el uso del humor, entre otras.

Este programa representa varias ventajas ya que está dirigido específicamente a profesionales sanitarios de una unidad de diálisis, que no cuenta con este tipo de propuestas y que por la necesidad expuesta por la Unidad del HUIS, se llevó a cabo la presente intentando adecuarse al tipo de población y a su condición específica. Lo anterior no significa que el programa no pueda

adecuarse a otras unidades o a otros hospitales dentro de la red de asistencia sanitaria. Además, debido a que la idea es que el programa se lleve a cabo de forma continua a través de diferentes versiones, dentro de un programa específico de Formación Continuada, debido a la gran cantidad de estrategias que se pueden enseñar, otra de las ventajas, es que, en el futuro, el equipo profesional, sea capaz de implementar lo aprendido de forma independiente.

Es importante tener en cuenta que no es posible precipitarse ante el supuesto éxito o fracaso en la prevención del desgaste por empatía y un posible futuro *burnout*, ya que, dentro de la literatura revisada, no solo el estudio de programas de prevención es escaso, sino que el mismo concepto de desgaste por empatía es relativamente reciente y en constante evolución. Sin embargo, se considera que la propuesta de este programa representa un potencial avance no solo en el estudio creciente de este concepto de estrés sino para la prevención del mismo en profesionales sanitarios.

La propuesta del programa constituye una aportación al concepto del desgaste por empatía, campo en el que aún hace falta investigación no solo dirigida a este tipo de población en particular, sino en general a los profesionales sanitarios, constantemente expuestos a altos niveles de estrés por situaciones de difícil manejo en el ámbito de la salud y que requieren un cuidado y un autocuidado, específicos.

Finalmente, se considera que hay una suficiente relación costo-beneficio, teniendo en cuenta que a medida que los ciclos se van desarrollando, los profesionales serán entrenados en regulación emocional del desgaste por empatía y el propósito último es que lo adopten de forma independiente, como parte de su cultura organizacional.

A continuación, se señalan las principales limitaciones del trabajo y se proponen futuras líneas de investigación para superarlas:

1. El programa propuesto aún no ha sido aplicado y aún si se pueden esperar efectos positivos con base en la fundamentación teórica de otros programas de prevención e intervención revisados para el desarrollo del presente trabajo, no se puede asegurar la efectividad del mismo sin realizar previamente la aplicación y la evaluación de la propuesta. Se propone entonces llevar a cabo la propuesta siguiendo el diseño, la estructura y la evaluación con el fin de corroborar y/o descartar los objetivos planteados.
2. No existe un instrumento de evaluación de desgaste por empatía adaptado para la población española, por lo que se propone también la construcción y la validación de un instrumento específico para esta población.



3. El procedimiento de recogida de datos por medio de correo electrónico puede que no permita obtener los resultados esperados con relación a la asistencia y la demanda prevista de la población a evaluar. Para evitar esta situación se propone que el profesional se acerque directamente a la unidad a evaluar y en un espacio de tiempo determinado con los profesionales, llevar a cabo el procedimiento de forma real y no virtual.
4. Relacionado con lo que se ha mencionado anteriormente y según la literatura revisada para la realización del presente trabajo, se considera oportuno que el profesional que realiza la valoración haga parte del equipo multidisciplinario desde un tiempo considerable, con el fin de erigir una alianza en la construcción de equipo. Se necesitaría tiempo para así mismo adaptar el programa a la cultura institucional del hospital y que no sea un aporte multidisciplinario aislado.
5. No se encontraron escalas específicas dirigidas a personal sanitario. La mayoría de las escalas y las que se aplicarían a esta población se dirigen a profesionales de las emergencias, por lo tanto, algunos enunciados y algunos ítems tendrían que ser modificados, por lo tanto, las garantías psicométricas que se encuentren para las escalas originales no serían aplicables a las escalas modificadas. Se puede proponer la elaboración y validación de escalas tanto cuantitativas como cualitativas tal y como se ha comenzado a proponer a través del presente trabajo mediante la escala de Afrontamiento a la muerte, creada por la autora.
6. Con relación a la anterior limitación, sin embargo, el hecho de que se haya diseñado un instrumento para evaluar la variable de afrontamiento a la muerte, cuyo concepto puede tener un significado personal para cada sujeto, puede representar un sesgo del observador. Para ello se reformularía la propuesta de diseño a uno de tipo experimental, con asignación aleatoria, con el fin de que la muestra sea representativa, haciendo una observación de campo más completa, eliminando sesgos comunes de investigación y tomando en consideración muchas más variables, con el fin de establecer un grado de confianza y de validez tanto interna como externa, predefinidas.
7. Con relación a la limitación mencionada anteriormente, se concluye también que, con base en la propuesta hecha, precisamente no se evaluarían otras variables que tal vez puedan influir en la reacción de estrés a estudiar. Se propone evaluar mediante escalas específicas conceptos como traumatización vicaria, relacionado con el de desgaste por

empatía, y *burnout*.

8. Se propone también diferenciar con mayor precisión los diferentes conceptos relacionados con el desgaste por empatía, como se ha mencionado en este trabajo, de esta forma la identificación de factores de riesgo y de estrategias para afrontarlos, con el fin de desarrollar tanto programas de prevención en todos los niveles, como de intervención, será mucho más efectiva.
9. Al revisar la literatura relacionada con arteterapia, uso del humor y resiliencia se encuentran algunas dificultades relacionadas con la claridad conceptual y las escalas de medición. Se han realizado estudios observacionales que son extremadamente ricos en detalles descriptivos y de alta validez ecológica (siendo escenarios de estrés de la vida real), pero muestran poco control experimental, lo que limita cualquier conclusión firme. También se ha criticado el uso del humor “negro” o cínico ya que puede crear el efecto opuesto al que se espera, así como del uso del humor y del arte en general, porque podría ser una especie de enmascaramiento del dolor y no una estrategia de afrontamiento. Además, se han estudiado experiencias de terapias creativas combinadas con otros tipos de terapias o recursos, lo que no permite diferenciar la efectividad de las primeras, en sí o como terapias alternativas o complementarias (Carbelo y Jáuregui, 2006; Kuiper, 2012; Peral, 2017). Se necesitan más estudios de corte experimental para utilizar con determinación este tipo de herramientas y ejercer control sobre otras variables extrañas.
10. Los profesionales sanitarios de este tipo de unidades de hospital, generalmente presentan dificultad en encontrar un espacio en común en el que todos los miembros del equipo puedan participar de las actividades propuestas. Un aspecto a evaluar sería la disponibilidad de fechas, horas y espacios para llevar a cabo los módulos, así como las reuniones de seguimiento autónomo que se les pediría que llevaran a cabo.
11. Reforzar el papel del psicólogo sanitario, no solo en el servicio de nefrología sino en diferentes servicios hospitalarios debe ser un objetivo a perseguir.
12. En el futuro se puede pensar en aplicar el programa, no solo en personal sanitario, sino que sea información a la que puedan acceder también los familiares de los profesionales, por ejemplo, fortaleciendo de igual manera, la red de apoyo de los mismos.

13. Con base en la propuesta anterior, ampliar la propuesta a otras unidades de hospital e incluso a otros hospitales que forman parte de la red de asistencia sanitaria, teniendo en cuenta las necesidades o demandas previas a evaluar.
14. Poder identificar a quienes presenten un diagnóstico positivo, ya que, finalizado el proceso de la evaluación de los resultados, es posible identificar casos aislados de sujetos con antecedentes de traumas personales en el pasado, con el fin de proponer tratamiento psicoterapéutico.
15. Se resalta que no existen suficientes programas de prevención relacionados con el concepto de desgaste por empatía y esta propuesta representaría un primer acercamiento a alcanzar dicho objetivo. Además, el aprendizaje sobre conceptos relativamente recientes y en desarrollo como los de desgaste por empatía y estrés traumático secundario ha sido de gran interés para esta investigación y se espera que sirva de inspiración para futuras investigaciones y propuestas avanzadas de programas de prevención sobre estas reacciones de estrés, ya que es evidente que se necesitan más estudios para determinar las formas en que se puede predecir y quizás evitar el desgaste por empatía.

Para resumir, como refiere Moreno-Jiménez et al. (2013), p. 214, “aunque la investigación siga siendo necesaria, es un paso adelante el hecho de que se reconozca el problema y que exista voluntad organizacional de intervenir en él. Los cimientos son suficientes”.

## 7. Referencias bibliográficas

- Acinas, M.P. (2012). Burn-Out y Desgaste por Empatía en profesionales de Cuidados Paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, 4: 1-22.
- Alfonso, P., Martín, M.A. y Buisan, R. (1982, noviembre) La enfermera de nefrología y el morir en las unidades renales. *Comunicación libre para la VII Reunión de la Sociedad Española de A.T.S. de Nefrología Alicante*.
- American Psychiatric Association (2013). Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.).
- Baranowsky, A. y Gentry, J. (1999). *Workbook/Journal for a Compassion Fatigue Specialist*. Toronto, ON, Canadá: Psych Ink Resources.
- Barbero, J., Fernández-Herreruela, P., García-Llana, H., Mayoral-Pulido, O. y Jiménez-Yuste, V. (2013). Valoración de la eficacia percibida de la dinámica grupal “¿Qué-tal?” para el autocuidado y aprendizaje mutuo en un equipo asistencial. *Psicooncología*, 10 (2-3): 353-363.
- Beck, CH. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25 (1): 1–10.
- Bride, B.E., Robinson, M.R., Yegidis, B. y Figley, C.R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14: 27-35.
- Campos, J.F., Cardona, J., Cuartero, M.E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, 24: 119-136.
- Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27, 1: 18-30.
- Cazabat, E.H. (2002). Desgaste por empatía. En *Interpsiquis. III Congreso Virtual de Psiquiatría (Enero,1970)*. Disponible en [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- Cocker, F., y Joss, N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13 (6): 618.
- Del Campo, M. del C., Fernández-Repeto, E., Martínez, J.M. y Rojas, A. (s.f.). El síndrome de

- quemarse por el trabajo (burnout) en los profesionales de enfermería de las unidades de diálisis de la provincia de Cádiz. Unidad de diálisis. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.
- Devilly, G. J., Wright, R., y Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effects of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43: 373–385.
- Dominquez-Gomez, E., y Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35: 199–204.
- Figley, Ch. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. Figley, Ch. R. (Ed.), *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Threaten the Traumatized* (pp. 1-20). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. En B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran.
- Figley, Ch. (2018). Traumatology Institute. New Orleans, EU: *Charles R. Figley*. Recuperado de [charlesfigley.com](http://charlesfigley.com)
- Gala, F.J., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J.M., Villaverde, M<sup>a</sup> C. y Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30: 39-50.
- García-Llana, H., Barbero, J., Olea, T., Jiménez, C., del Peso, G., Miguel, J.L., Sánchez, O. Celadilla, O., Trocoli, F., Argüello, M.T. y Selgas, R. (2010). Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología. *Nefrología*, 30 (3): 297-303.
- García-Llana, H., Bajo, M.A., Barbero, J., Selgas, R. y Del Peso, G. (2017). The Communication and Bioethical Training (CoBit) Program for assisting dialysis decision-making in Spanish ACKD units. *Psychology Health and Medicine* (22), 4: 474-482.
- García-Llana, H. y Rodríguez-Rey, R. (2017). El acompañamiento a los profesionales que trabajan con las personas que se encuentran en el proceso de morir y con sus familias. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, 210: 115-126.
- González, C., Sánchez, Y. y Peña, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 4 (1): 483-498.

- Grau, J., Llantá, M. del C., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M.C., Infante, O., Romero, T., Barroso, I. y Morales, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento psicológico (en línea)*, 4 (10): 27-58.
- Gregory A. (2015). Yoga and Mindfulness program: The effects on compassion fatigue and compassion satisfaction in social workers. *J. Relig. Spiritual. Soc. Work Soc.Thought*, 34: 372-393.
- Guerra, C., Fuenzalida, A. y Hernández, C. (2009). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. *Terapia psicológica*, 27 (1): 73-81.
- Hernández, M. del C. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14 (1): 53-70.
- Hevezi, J.A. (2015). Evaluation of a meditation intervention to reduce the effects of stressors associated with compassion fatigue among nurses. *J. Holist. Nurs.*
- Hunsaker, S., Chen, H.C., Maughan, D. y Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J. Nurs. Scholarsh*, 47: 186-194.
- Jenkins, S. R. y Baird, S. (2002). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A Validation Study. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (5): 423-432.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22 (4):116-120.
- Kelly, L., Runge, J.y Spencer, C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *J. Nurs. Scholarsh*, 47: 522-528.
- Klersy, C., Callegari, A., Martinelli, V., Vizzardi, V., Navino, C., Malberti, F., Tarchini, R., Montagna, G., Guastoni, C., Bellazzi, R., Rampino, T., David, S., Barbieri, C., Dal Canton, A. y Politi, P. (2007). Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy - A multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22: 2283-2290.
- Kuiper, N. (2012). Humor and resiliency: towards a process model of coping and growth. *Europe's Journal of Psychology*, 8, 3: 475-491.
- Ledoux, K. (2015). Understanding compassion fatigue: Understanding compassion. *Journal of Advanced Nursing*, 71 (9): 2041-2050.
- Maza, M., Zavala, M. y Merino, J.M. (2008). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte

- de pacientes. *Ciencia y enfermería*, 15 (1): 39-48.
- Mesa de la Torre, E., Gálvez, A., Calvo, M.A., Vázquez, M.D., Castilla, R y Luque, A. (2005). Valoración del riesgo psicosocial en las enfermeras de nefrología de los hospitales de Sevilla. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 8 (4): 266/271.
- Montero, F. (2014). *Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de Estrés Traumático Secundario en profesionales de la Salud Mental* (Tesis de Maestría). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Moran, C. (2002). Humor as a Moderator of Compassion Fatigue. En Figley, Ch. R. (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp. 139-154). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004a). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12 (2): 215-231.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M.E., Rodríguez, R. y Losada, M.M. (2004b). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22 (1): 69-76.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E., Rodríguez-Muñoz, A., y Garrosa, E. (2004). *Secondary Traumatic Stress as Psychosocial Emergent Risk*. Trabajo presentado en el 18th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Helsinki.
- Moreno-Jiménez, B., Carmona-Cobo, I., Blanco, L. M. y Meda, R. M. (2013). Trauma y trabajo: el estrés traumático secundario. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (Ed.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 197-221). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Moya, J., Lores, J., Luelmo, V., Edo, S., Ibáñez, M.I., Ruipérez, M.A. (2002). Sentido del humor y satisfacción laboral. *En Jornades de Foment de la Investigació*. Universitat Jaume I de Castellón.
- Nolte, A.G.W., Downing, C., Temane, A. y Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *J Clin Nurs*, 26: 4364-4378.
- O'Mahony, S., Ziadni, M., Hoerger, M., Levine, S., Baron, A., y Gerhart, J. (2017). Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians: Findings on Personality Factors and Years of Service. *The American Journal Of Hospice y Palliative Care*, 35 (2): 343-347.
- Peral Jiménez, C. (2017). ¿Podemos prevenir el trauma? Reflexiones acerca del uso del arteterapia como vía para la prevención del trauma y el desarrollo de la resiliencia. *Arteterapia*.

- Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*, 12: 277-292.
- Peters E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nurs Forum*: 1–15.
- Potter, P., Pion, S. y Gentry, J.E. (2015). Compassion Fatigue Resiliency Training: The Experience of Facilitators. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46 (2): 83-88.
- Radey, M. y Figley, Ch. (2007). The Social Psychology of Compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35 (3): 207-214.
- Ramos, Sergio (2017). Algunas reflexiones filosóficas sobre el modo de concebir la muerte. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, 210: 11- 22.
- Rodríguez-Carvajal, R. y Quiñones, C. (2013). El trabajo emocional. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (Ed.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 177-196). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Rojas, M., Tirado, L.L., Pacheco, R.L., Escamilla, R. y López, M. (2011). El clima laboral en las unidades de hemodiálisis en México. Un estudio transversal. *Nefrología*, 31 (1): 76-83.
- Romero, E. y Cruthirds, W. (2006). The use of humour in the workplace. *Academy of Management Perspectives*, 20, 2: 58-69.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care and compassion satisfaction and fatigue, burnout and coping with death. *J Pain Symptom Manage*, 50: 200-207.
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. y Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48: 456-465.
- Stamm, B.H. (1997-2005). *Professional Quality of Life. Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales. R-IV (PROQOL)*.
- SPSS Inc. (2009). *PASW Statistics for Windows*, v18.0 [Software]. Chicago: SPSS Inc.
- Tizón, J.L. (2005). Sobre los grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente. *Hemeroteca de atención primaria*, 36 (8): 453-455.
- Ying-ying, Z.; Cheng, Z., Xiao-Rong, H.; Wei L. y Ying-lei W. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine*, 97 (26).



Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23: 191-197.

## 8. Anexos

### Anexo A. ProQOL – vIV

***ProQOL -vIV***  
***PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE***  
***Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV***

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción  
Tercera Revisión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, **como profesional de la urgencia médica**. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los **últimos 30 días**.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

- \_\_\_\_\_ 1. Soy feliz.
- \_\_\_\_\_ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
- \_\_\_\_\_ 3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
- \_\_\_\_\_ 4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ 5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
- \_\_\_\_\_ 6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.
- \_\_\_\_\_ 7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
- \_\_\_\_\_ 8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
- \_\_\_\_\_ 9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
- \_\_\_\_\_ 10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ 11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
- \_\_\_\_\_ 12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
- \_\_\_\_\_ 13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
- \_\_\_\_\_ 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
- \_\_\_\_\_ 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.
- \_\_\_\_\_ 17. Soy la persona que siempre he querido ser.
- \_\_\_\_\_ 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.
- \_\_\_\_\_ 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.
- \_\_\_\_\_ 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.
- \_\_\_\_\_ 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
- \_\_\_\_\_ 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.
- \_\_\_\_\_ 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.

© B. Hudnall Stamm, 1997-2005. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV (ProQOL)*. <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. Translated by Maria Eugenia Morante Benadero, Bernardo Moreno Jimenez, Alfredo Rodríguez Muñoz, Universidad Autónoma de Madrid, Spain.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

- \_\_\_\_\_ 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
- \_\_\_\_\_ 26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por como funciona el sistema sanitario.
- \_\_\_\_\_ 27. Considero que soy un buen profesional.
- \_\_\_\_\_ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.
- \_\_\_\_\_ 29. Soy una persona demasiado sensible.
- \_\_\_\_\_ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

© B. Hudnall Stamm, *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales-III*, 1995 -2002, <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This form may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, & (c) it is not sold.

### Self-scoring directions Research Information on the ProQOL – CSF-vIV: Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales

Por favor anote lo que ha encontrado en este cuestionario y considere que las siguientes puntuaciones deberían ser usadas como una guía, no como información confirmatoria. Las subescalas y los puntos de corte se han derivado teóricamente.

Cuando sea posible, los datos deberían de ser usados de una manera continuo, así como la puntuación de corte. Estos puntos de corte deben de utilizarse como orientación y ejemplos comparativos, no como información diagnóstica o confirmatoria.

#### Self-scoring directions

1. Estar seguro de su respuesta en todos los ítems.
  2. Algunos ítems son inversos, y la puntuación obtenida sería la contraria.
  3. La puntuación inversa sería (i.e. 0=0, 1=5, 2=4, 3=3). Los ítems cuya puntuación hay que invertir son cinco: 1, 4, 15, 17 y 29.
- Nota: la puntuación 0 no es reversible porque a pesar de todo es una evaluación nula en la dirección del ítem.
4. Marca los ítems según:
    - a. Poner una x en los siguientes diez ítems: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30
    - b. Poner un “visto” en los siguientes diez ítems: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29
    - c. Poner una círculo en los siguientes 10 ítems: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28
  5. Sume los números que anotó por cada uno de los ítems y compárelos con las puntuaciones teóricas.
  6. Escriba sus respuestas debajo. La puntuación está basada en puntos de corte teóricos derivados de continuas investigaciones y aproximaciones. ***Si usted tiene alguna cuestión o duda, debería discutirlos con el mismo profesional de la ayuda.***

La puntuación media en esta escala es de 13 (SD 6; alpha .80). Aproximadamente el 25% de gente puntúa por debajo de 8 y un 25% de la gente por encima de 17. Si su puntuación está por encima de 17, usted puede tomarse algún tiempo para pensar sobre lo espantoso que es para usted su trabajo o si hay alguna otra razón para esta elevada puntuación. Mientras que puntuaciones altas no significan que usted tenga un problema, sí es un indicador de que usted puede querer interrogarse sobre cómo se siente ante su trabajo y lo que a éste le rodea. Usted puede desear discutir esto con su supervisor, un compañero de trabajo, o con un profesional.

© B. Hudnall Stamm, 1997-2005. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-11* (ProQOL). <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. Translated by Maria Eugenia Morante Benadero, Bernardo Moreno Jimenez, Alfredo Rodríguez Muñoz, Universidad Autónoma de Madrid, Spain.

## Anexo B. EETS

### Escala de Estrés Traumático Secundario

(EETS; Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004; adaptada a Chile por Guerra & Saiz, 2007).

Vas a leer una lista de afirmaciones hechas por personas que han sido afectadas por su trabajo con pacientes que han sido víctimas de eventos traumáticos. Lee cada afirmación e indica con qué frecuencia te ha ocurrido durante los últimos siete (7) días. Recuerda responder todas las preguntas y no dejar ninguna sin responder.

1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Con frecuencia	5 Con mucha frecuencia
1. Me sentí incapaz de experimentar emociones				
1	2	3	4	5
2. Cuando pensé en el trabajo con los pacientes, mi corazón comenzó a latir más fuerte.				
1	2	3	4	5
3. Sentí como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por los pacientes con las que trabajo.				
1	2	3	4	5
4. Tuve dificultades para conciliar o mantener el sueño.				
1	2	3	4	5
5. Me sentí desesperanzado/a al pensar en mi futuro.				
1	2	3	4	5
6. Hay recuerdos de mi trabajo con los pacientes que me provocan malestar.				
1	2	3	4	5
7. Tuve poco interés por estar con otras personas.				
1	2	3	4	5
8. Me sentí nervioso/a, sobresaltado/a, ansioso/a.				
1	2	3	4	5
9. Estuve menos activo/a de lo habitual.				
1	2	3	4	5
10. Me sorprendí pensando en mi trabajo con los pacientes sin tener la intención de hacerlo.				
1	2	3	4	5
11. Tuve dificultades para concentrarme.				
1	2	3	4	5
12. Evité personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes.				
1	2	3	4	5
13. Tuve sueños desagradables sobre mi trabajo con los pacientes.				
1	2	3	4	5
14. He deseado evitar el trabajo con algunos pacientes.				
1	2	3	4	5
15. Me enojé con facilidad.				
1	2	3	4	5

16. Tuve la sensación de que algo malo va a pasar.	1	2	3	4	5
17. Noté vacíos en mi memoria.	1	2	3	4	5

Copyright ♥ 1999 Brian E. Bride.

Intrusion Subscale (add items 2, 3, 6, 10, 13)    Intrusion Score    Avoidance Score    Arousal Score

Avoidance Subscale (add items 1, 5, 7, 9, 12, 14, 17)    Total Score

Arousal Subscale (add items 4, 8, 11, 15, 16)

TOTAL (add Intrusion, Arousal, and Avoidance Scores)

---



---



---



---

**Citation:** Bride, B.E., Robinson, M.R., Yegidis, B., & Figley, C.R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*, 27-35.

## **Anexo C. Afrontamiento a la muerte**

### **Evaluación de Afrontamiento a la muerte**

A continuación encontrarás unas preguntas abiertas respecto a tu trabajo y algunas situaciones relacionadas con el afrontamiento a la muerte. Por favor responde con la mayor sinceridad posible. Recuerda que todas las respuestas son de carácter confidencial y solo serán utilizadas con fines académicos.

1. ¿Qué emociones te genera la pérdida de un paciente?
2. Menciona la emoción que más te genera la pérdida de un paciente y califica su intensidad en una escala de 1 a 10
3. ¿Qué dificultades identificas al enfrentarte con la pérdida de un paciente?
4. ¿Recuerdas el nombre del último paciente que falleció?
5. ¿Qué contenidos te gustaría tratar en talleres/charlas/seminarios en el futuro?

## Anexo D. Trabajo en equipo

**En la actualidad ¿Hasta qué punto tiene alguna dificultad en las siguientes situaciones o experiencias relacionadas con el trabajo en equipo?**

	1 = Ninguna dificultad					5 = Muchísima dificultad				
1. Sentir que trabajo en equipo	1	2	3	4	5					
2. Comunicación con los/las compañeros/as de mi profesión	1	2	3	4	5					
3. Comunicación con compañeros/as de otras profesiones	1	2	3	4	5					
4. Sentir ilusión por el trabajo que realizo	1	2	3	4	5					

## Anexo E. Datos sociodemográficos

### CETS

Género ☐ 1 Masculino ☐ 2 FEMENINO

Edad  Años

Estado civil

☐ 1 CON PAREJA HABITUAL ☐ 2 SIN PAREJA HABITUAL ☐ 3 SIN PAREJA

Número hijos

Nivel de estudios

☐ 1 PRIMARIA ☐ 2 BACHILLER ☐ 3 TITULACIÓN SUPERIOR ☐ 4 OTROS

Años de experiencia laboral

Experiencia en el sector sanitario

Experiencia en el puesto actual

Años

Años

Años

Cargo que ocupa

<input type="checkbox"/> 1	MÉDICO	<input type="checkbox"/> 2	PSICÓLOGO
<input type="checkbox"/> 3	ENFERMERÍA	<input type="checkbox"/> 4	TÉCNICO /
<input type="checkbox"/> 5	OTROS		CONDUCTOR

Funciones directivas

☐ 1 SÍ ☐ 2 NO

Tipo de vinculación laboral

<input type="checkbox"/> 1	EVENTUAL	<input type="checkbox"/> 2	INDEFINIDO O FIJO
<input type="checkbox"/> 3	FUNCIONARIO	<input type="checkbox"/> 4	PERSONAL
			VOLUNTARIO

Número de horas que trabaja a la semana  Horas

Especificar sistema de guardias.....

¿Tiene algún tipo de creencias religiosas o no religiosas?

☐ 1 SÍ ☐ 2 NO

He tenido experiencias traumáticas personales directas en mi vida adulta y/o niñez

☐ 1 SÍ ☐ 2 NO

Especificar dicha experiencia en caso de respuesta afirmativa: .....

(Opcional si usted quiere poder acceder a su propia información). A continuación, se pretende generar un código personal que sólo usted conocerá.

Escriba la primera letra del nombre de su madre

Escriba la primera letra del nombre de su padre

Escriba el día en el que nació

Escriba las dos últimas cifras del año en el que nació

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



## **Anexo F. Consentimiento informado**

### **HOJA INFORMATIVA**

#### **Propuesta de programa de prevención de desgaste por empatía en profesionales sanitarios de una unidad de diálisis de hospital dentro de la red de asistencia sanitaria**

**La Universidad Autónoma de Madrid (Facultad de Psicología), en colaboración con el Hospital.....** está realizando una estudio de investigación, cuyo principal objetivo es **evaluar y apoyar la prevención de desgaste por empatía del personal sanitario de la Unidad de Diálisis del Hospital.**

Para ello, se realizará una propuesta de un diseño de un programa de prevención de estas reacciones al estrés. El estudio de dichas afectaciones es necesario, ya que en los últimos años se ha estudiado que este tipo de reacciones son comunes en el personal sanitario que trabaja en cuidados de pacientes crónicos, afectando a los profesionales en su adecuada regulación emocional y así mismo al adecuado desarrollo de sus actividades profesionales.

Toda la información recogida será tratada de manera confidencial, y analizada en conjunto para la realización del Trabajo Final de Máster de la estudiante que realiza el estudio. En ningún caso se publicarán sus resultados individuales ni ningún tipo de información que pudiera identificarle.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones ni sufrir ninguna penalización por ello. Al finalizar el estudio, la estudiante se compromete a explicar los resultados a todos los participantes que estén interesados en conocerlos, y así lo indiquen.

Este proyecto, está dirigido **Juana M. Cáceres-Gutiérrez, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid**. Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas ahora o en cualquier momento de su participación en él a través del siguiente correo electrónico: [juana.caceres@estudiante.uam.es](mailto:juana.caceres@estudiante.uam.es).

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña. ...., mayor de edad, de ..... años de edad, manifiesto que he sido informado/a sobre el estudio de la **Propuesta de programa de prevención de desgaste por empatía en profesionales sanitarios de una unidad de diálisis de hospital dentro de la red de asistencia sanitaria**, dirigido por la estudiante **Juana M. Cáceres-Gutiérrez**, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

1. He recibido suficiente información sobre el estudio.
2. He comprendido que puedo hacer todas las preguntas que creo conveniente sobre el estudio y que se me responderán satisfactoriamente.
3. Comprendo que mi participación es voluntaria.
4. Comprendo que puedo retirarme del estudio y revocar este consentimiento:
  - a. Cuando quiera
  - b. Sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ninguna consecuencia de ningún tipo.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y sometidos a las garantías dispuestas en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y que mis datos nunca serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio, para cubrir los objetivos especificados.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre y fecha:

Nombre y fecha:

---

A los efectos de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

La Universidad Autónoma de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en el Reglamento y demás normativa aplicable.

El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito **a la estudiante Juana M. Cáceres-Gutiérrez (juana.caceres@estudiante.uam.es)**.